

Kvalitetsrevisioner i Vårdval Halland närsjukvård Hösten 2017

Pernilla Wallerstedt
Kvalitetsrevisor/Hälso- och sjukvårdsstrateg
Hälso- och sjukvårdsuppdrag
Regionkontoret
Februari, 2018

Diarienummer RS180096

Innehållsförteckning

1 Inledning - Om kvalitetsrevision och styrning	4
2 Sammanfattning	4
3 Syfte	4
4 Metod	5
5 Lokaler	5
5.1 Bakgrund	5
5.2 Utbudspunkter	5
5.3 Tillgänglighet vid rörelsehinder	6
5.4 Sammanfattning	6
6 Jämlikhet	6
6.1 Bakgrund	6
6.2 Ersättning vid högt CNI.....	7
6.3 Riktade arbetsätt eller särskilda satsningar	7
6.4 Sammanfattning	8
7 Asyl	8
7.1 Bakgrund	8
7.2 Nulägesbeskrivning av arbetet med nyanlända och asylsökande	8
7.3 Sammanfattning	9
8 Levnadsvanor	9
8.1 Bakgrund	9
8.2 Stöd vid ohälsosamma matvanor	10
8.3 Sammanfattning	11
9 Psykisk ohälsa	11
9.1 Bakgrund	11
9.2 Stöd vid psykisk ohälsa på närsjukvårdsnivå	12
9.3 Samverkan med specialiserade psykiatrin	12
9.4 Sammanfattning	14
10 Barnvårdscentral	14
10.1 Bakgrund	14
10.2 Sköterskebemanning på BVC	14

10.3 Sammanfattning	15
11 Kvalitetsregister	15
11.1 Bakgrund	15
11.2 Senior Alert och Svedem.....	16
11.3 Luftvägsregistret och PrimärvårdsKvalitet	16
11.4 Sammanfattning	16
12 Samverkan kommun	17
12.1 Bakgrund	17
12.2 Samverkan och avvikelser.....	17
12.3 Sammanfattning	18
13 Systematiskt kvalitetsarbete – hygien	19
13.1 Bakgrund	19
13.2 Systematiskt arbete med hygien.....	19
13.3 Sammanfattning	20
14 Tillgänglighet	20
14.1 Bakgrund	20
14.2 Läkare	21
14.3 Arbetsterapi, fysioterapi och psykosocialt stöd.....	22
14.4 Webtidbok 1177 Vårdguiden	23
14.5 Sammanfattning	23
15 Patientupplevelse delaktighet och involvering	23
15.1 Bakgrund	23
15.2 Arbetssätt och aktiviteter	24
15.3 Sammanfattning	25
Bilaga 1 Frågeformulär vid kvalitetsrevision hösten 2017.....	26



1 Inledning - Om kvalitetsrevision och styrning

Funktionen kvalitetsrevisor inom Vårdval Halland närsjukvård har funnits sedan 2016. Funktionen är en del av Region Hallands lagstadgade krav på uppföljning av Vårdval Halland närsjukvård.

Syftet med kvalitetsrevision är att bidra med:

- Underlag till övergripande verksamhetsanalyser och jämförelser.
- Bättre förutsättningar för styrning och ledning.
- Följa upp ingånget avtal utifrån krav och mål.
- Främja vårdenheternas kvalitets och verksamhetsutveckling, dialog och sprida goda idéer.
- Följa implementering av nya beslutade riktlinjer.
- Särskilt uppmärksamma patientsäkerhet.

Sammanfattande reflektioner och slutsatser används både i förvaltning och i utveckling av vårdvalet. Rapport "Kvalitetsrevisioner i Region Halland närsjukvård 2017" är en sammanfattning av årets revisioner och redovisas som information för hälso- och sjukvårdsutskottet. Uppföljningsrapporten "Uppföljning av Vårdval Halland närsjukvård 2017"¹ inkluderar delar av resultat från rapporten "Kvalitetsrevisioner i Region Halland närsjukvård 2017" och denna beslutar Regionsstyrelsen om. På detta vis får politiken underlag inför beslut av nästa års uppdragsbeskrivning som fattas senare på våren.

2 Sammanfattning

Kvalitetsrevisioner har genomförts under hösten 2017 på samtliga 49 enheter inom Vårdval Halland närsjukvård. Revisionerna visar på en del områden där det idag finns diskrepans mellan vård, såsom den beställs, och så som den är organiserad och utförd på enheterna. I vissa fall ses skillnader där enstaka enheter avviker och i andra fall är det mer ett generellt mönster. Revisionerna som sker i dialog har också i vissa fall kunnat bidra med en beskrivning av vad som ligger bakom goda och mindre bra resultat. De olika områden som granskats framställs i var sitt avsnitt. Under rubriken bakgrund beskrivs hur uppdraget ser ut enligt "Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för Vårdval i närsjukvården 2017". Därefter följer en beskrivning av varje område och avsnitten avslutas med en sammanfattning.

3 Syfte

Kvalitetsrevisionerna av närsjukvård är en del Region Hallands lagstadgade krav på uppföljning. 2017 års revisionsomgång har likt förra årets revision haft ett brett anslag där ambitionen har varit att stämma av följsamhet till uppdraget med brett anslag, så som det står beskrivet i "Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för Vårdval i närsjukvården 2017". Efter förra årets redovisning av kvalitetsrevisioner framfördes från

¹ Uppföljning av vårdval Halland Närsjukvård 2017 RS 180097

politiken en önskan om att granska enheterna utifrån fysisk tillgänglighetsaspekt samt åter igen följa upp riktade insatser och dess kopplingar till enheternas CNI vilket också har utförts. Likaså har beaktande tagits till uppföljning av delar av politiskt beställda revisioner om vårdvalet.²

4 Metod

Kvalitetsrevisionerna utfördes på plats på de 49 Vårdval Halland enheterna inom närsjukvård av kvalitetsrevisor och vårdvalförvaltare från avdelningen för hälso- och sjukvårdsuppdrag. Även övriga utbudspunkter som filialer och separata byggnader besöktes. Deltagande från enheten har varit allt från enbart chef till hel personalgrupp. Revisionerna utfördes på inbokade tider under hösten 2017. Varje besök tog cirka två timmar.

Enheterna fick ta del av ett bildspel om hur de låg till i förhållande till uppdraget och i förhållande till andra enheter som underlag för dialog. Ett fast frågeformulär användes (se bilaga 1) och alla enheter följdes upp på likartat sätt. Enheternas avvikelser från föregående år följdes också upp och om ingen förbättring kunde påvisas så fick de krav om handlingsplaner. Besöken resulterade i en rapport till respektive enhet där de vid påvisade brister fick uppmaning om att arbeta med förbättring enligt rutin "Brister och sanktioner i vårdvalet"³. Som stöd för upplägg av revisionerna har SKL:s Basmodell för uppföljning av primärvård använts⁴.

5 Lokaler

5.1 Bakgrund

Vårdenhetens lokaler ska vara anpassade för närsjukvårdsåtagandet samt vara fysiskt tillgängliga för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga. Lokalerna ska vara utformade så att vård av patienter kan ske med respekt för individens integritet. I höstens revisioner av lokaler låg fokus på tillgänglighet utifrån personer med nedsatt rörelseförmåga. Vårdcentraler, filialer och övriga fristående lokaler besöktes, totalt cirka 70 lokaler. Till stöd för genomgången användes myndigheten för delaktighets checklista avseende detta område⁵, vilken också hänvisas till i uppdragsbeskrivningen.

5.2 Utbudspunkter

I Halland finns 49 vårdvalenheter. Storleken på enheterna uppvisar stor skillnad och de har ansvar för mellan cirka 500 och 15 000 invånare. 24 enheter är regionalt drivna och 25 enheter privat drivna. Utöver vårdcentralerna finns 14 filialer och samt några separata

² "Granskning av styrningen av närsjukvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa" RS170238 och "Samgranskning hemsjukvården i Halland" RHR170005-1

³ "Brister och sanktioner i vårdvalet" är den regionala rutin som stödjer handläggandet av påvisade brister inom vårdvalet.

⁴ SKL:s Basmodell för uppföljning av primärvård 2014 syftar till att ge en grund till landsting och regioner för att kunna arbeta likartat vid uppföljning av primärvård.

⁵ Myndigheten för delaktighets checklista för att följa upp tillgänglighet i byggnader och lokaler Fråga 7 och 8

utbudspunkter med specifik verksamhet exempelvis BVC eller fysioterapi. Därutöver tillkommer utbudet via avtal som enheterna kan ha tecknat exempelvis för fysioterapi och psykosocialt stöd som inte är med i denna redovisning och som heller inte har besökts. De enheter som har verksamhet i flera olika lokaler har ofta en utmaning vad gäller att bemanna. Man är dock ofta nöjd med att kunna finnas nära patienterna.

Lokalernas karaktär är av stor variation där det finns nybyggda såväl som ombyggda lokaler och ursprunget kan vara lokaler framtagna för vårdverksamhet men också ombyggda kontor, banker, villor mm. En del av enheterna bygger ut för att få plats medan en del enheter anpassar sig till färre listade eller önskar minska ytorna av andra skäl. Flera enheter uppger att de får arbeta med logistiken för att få plats.

5.3 Tillgänglighet vid rörelsehinder

Lokalerna är överlag utformade så att de fungerar för personer med nedsatt rörelseförmåga. De flesta enheter har parkeringsplatser enligt anvisningar och automatiska dörröppnare i entrén och med goda möjligheter att förflytta sig inomhus och utomhus. En del receptioner har avsaknad av lägre del med eller utan alternativa lösningar. Flera enheter har handikapptoiletter som inte uppfyller dagens krav på handikappanpassade toaletter då kraven på utrymme skärpts sedan verksamheterna startade. Dessa enheter är uppmanade att åtgärda i samband med en eventuell ombyggnation. Där finns enstaka större avvikelser såsom en filial och ett BVC som helt saknar handikappanpassad toalett och ett BVC med dålig tillgänglighet för rullstolsburna ur flera aspekter.

5.4 Sammanfattning

- Det finns sammanlagt 49 vårdcentraler och 14 filialer i Halland.
- Lokalerna är överlag ändamålsenliga vid nedsatt rörelseförmåga och enheter med hinder är uppmanade till åtgärd.

6 Jämlikhet

6.1 Bakgrund

Vårdval Halland infördes 2007 med endast fyra åldersgrupper som beräkningsgrund för ersättning. Från och med 2016 gjordes en förändring av beräkningsgrunden för att bättre ta hänsyn till skillnader avseende kön, ålder och socioekonomi. CNI⁶ är det verktyg som används för att beräkna socioekonomi. Samtliga 21 landsting och regioner använde sig 2016 av faktorn CNI i sina ersättningssystem⁷. Den andel av ersättningen som utgår från CNI ökar stegvis till och med 2018 och vikten för ålder och kön minskar i samma takt. Uppföljning av effekt av denna styrning gjordes vid förra årets revisioner och då konstaterades att verktyget CNI fungerar väl i stort för att spegla bilden av socioekonomi.

⁶ CNI = Care Need Index grundas på följande faktorer: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat det senaste året och låg utbildning.

⁷ En primär angelägenhet Rapport 2017:3 Vårdanalys

Den ökade ersättningen som enheter med ett högt CNI hade erhållit 2016 redogjordes vid förra årets revisioner för att det används i det löpande arbetet som allmän förstärkning. Cirka 30 procent av enheterna redogjorde då för riktade insatser främst mot socioekonomiskt utsatta grupper. 2016 fanns inget samband mellan enheternas CNI och riktade insatser. Politiken uttryckte vid redovisning av resultatet från förra årets revisioner en önskan om en kartläggning gällande riktade insatser även vid revisioner hösten 2017.

6.2 Ersättning vid högt CNI

Två av de enheter som ligger högt i CNI (sämre socioekonomi) kan återkoppla att de har ökat bemanning inom psykosocialt stöd efter att det nya sättet att ersätta på har införts. Övriga enheter med högre CNI ser att den ökade ersättningen är ett behövligt bidrag för att klara av grunduppdraget. Några enheter med lågt CNI (bättre socioekonomi) återkopplar att de anser att CNI är ett trubbigt instrument vad gäller att mäta risk för ohälsa. De beskriver en utbredd psykisk ohälsa och dolt alkoholmissbruk bland sina listade som de till viss del kopplar till stark socioekonomisk status och situation. Likaså återkopplas att området med lägst CNI i Halland sticker ut med flest remitterande för psykisk ohälsa hos de unga till barn och unga-teamet.

6.3 Riktade arbetsätt eller särskilda satsningar

Vid årets revision redogör cirka hälften av enheterna för att ha arbete eller arbete på gång med riktade arbetsätt eller särskilda satsningar. Detta är en ökning jämfört med förra året. Likaså ses i år ett samband med att där finns flest projekt och riktade insatser på enheter med högre CNI. Regionen har utlyst projektmedel för riktade hälsoprojekt och en del av dessa medel utför vissa vårdenheter projekt inom och där finns samband mellan ökning och dessa projektmedel.

Hälften av de riktade projekten eller arbetsätten har fokus på socioekonomiskt utsatta och patienter med psykosociala besvär. Som exempel kan nämnas några hälsoprojekt riktat till nyanlända av olika karaktär och inriktning med varierande målgrupper såsom barn, kvinnor eller brett. Ett annat exempel är olika livsstilsprojekt för patienter i sjukskrivning och arbetslöshet.

Knappt hälften av de riktade projekten eller arbetsätten har fokuserat på särskilda åldersgrupper. Några enheter planerar att öppna äldre-mottagning 2018 och en del har erbjudit riktade hälsokontroller till olika åldersgrupper. Vad gäller barn finns där riktade insatser av olika karaktär som koststöd i samverkan med förskola och några projekt och arbetsätt för ökat stöd till nyanlända och psykosocialt utsatta.

Cirka tio procent av de redogjorda projekten och arbetsätten är specifikt riktat mot kön och då främst till kvinnor. Karaktären är vitt skild, från en utökad samverkan med kvinnohälsovården angående de asylsökande kvinnorna till gemensam träning för nyförlösta mammor samt arbetsätt för att särskilt uppmärksamma kvinnors risk för våld och hot. Där finns också en del av projekten som inte har någon särskild riktad grupp och som i stor del handlar om att förändra levnadsvanor.

Flera enheter ger uttryck för att de behandlar alla patienter likadant utifrån deras behov och konstaterar att de upplever att de som behöver mest vård också söker och får den. Utöver de redovisade arbetssätten och särskilda satsningarna är utbudet omfattande generellt över länet vad gäller grupper för olika besvär såsom grupper för stress, förbättrade levnadsvanor, mindfulness, smärta, artros, lättare psykisk ohälsa mm. Samtliga enheter har också i sitt grunduppdrag att arbeta med rehab-samordning vilket också sker.

6.4 Sammanfattning

- Den ökade ersättningen för enheter med högt CNI (sämre socioekonomi) upplevs vara ett stöd för att klara grunduppdraget.
- Riktade insatser och arbetssätt har ökat jämfört med 2016.
- Flest riktade insatser och arbetssätt kopplat till sämre socioekonomi, ålder och kön ses hos enheter som har ett högre CNI (sämre socioekonomi).

7 Asyl

7.1 Bakgrund

Att ta hand om asylsökande ingår i uppdraget för Vårdval Halland. Vuxna har rätt till vård som inte kan anstå och barn är berättigade till vård som om de vore svenska medborgare. Hälsoundersökningarna ansvarar särskilt utvalda regiondrivna vårdvalenheter för. Dessa enheter kallas för asylnoder⁸. I Halland fanns vid 2017 års slut cirka 2393 asylsökande varav 131 ensamkommande barn. Motsvarande siffor 2016 var 3824 asylsökande varav 663 ensamkommande barn.

7.2 Nulägesbeskrivning av arbetet med nyanlända och asylsökande

Läget i höst med asylsökande och nyanlända är generellt att beskriva som välorganiserat och hanterbart. Skillnaderna är dock fortsatt stora mellan enheterna. Cirka 20 procent av enheterna redovisar för ett mer omfattande arbete med nyanlända och asylsökande. Den större delen av dessa enheter är regiondrivna. Cirka 10 procent av enheterna berörs i princip inte alls.

Det högsta söktrycket infinner sig när de nyanlända nyss har kommit. En andra "våg" upplevs efter att de nyanlända fått sitt personnummer och har rätt till vård utöver vård som inte kan anstå. Vad gäller psykisk ohälsa beskrivs svårighet att ge annat än akut krishanteringshjälp innan beslut om uppehållstillstånd har kommit. I samband med en andra "våg" upplevs också ett växande behov av stöd för psykisk ohälsa.

Man har än idag svårt att få helhetsgrepp om hur många nyanlända man har ansvar för. Detta då de flyttar mycket, antingen självmant eller blir förflyttade, och bristfällig information från kommun och migrationsverket beskrivs även fortsatt vara ett problem. Man ser idag många anhöriginvandrare och flertalet tillfälliga boenden har stängt. Totalt i

⁸ Vårdcentralen Fjärås, Vårdcentralen Tvååker, Vårdcentralen Falkenberg/ Vårdcentralen Ullared, Vårdcentralen Hylte/(Vårdcentralen Torup) och Vårdcentralen Andersberg

Halland var det i höst ett tiotal boende kvar för ensamkommande barn samt några få boenden med bredare målgrupp. En ny våg av kvotflyktingar har också börjat komma och i Ullared fick ett boende öppna upp i somras igen månaden efter att tre boenden hade stängt. Den största enskilda mottagaren av asylsökande och nyanlända beskrivs vara Spenshult som öppnade i december och successivt har ökat sin kapacitet till cirka 650 boende. Omsättningen av de boende där är väldigt hög i takt med att de flyttas vidare eller får avslag på asylansökan. BVC på Vårdcentralen Oskarström, som har områdesansvaret för Spenshult, sticker ut bland övriga BVC genom en hög omsättning av barn. I november kunde de redovisa för att ha skrivit in 87 barn och skrivit ut 78 barn där de nyanlända bidrar till den höga omsättningen.

I arbetet med nyanlända och asylsökande beskrivs enskilda besök ta mer tid än normalt och uteblivna besök är inte ovanliga. Där krävs ofta även stora administrativa insatser. Vårdcentraler som har många nyanlända beskriver samtliga att man på olika sätt har fått organisera vården så att man kan hantera att många av de sökande kommer direkt, utan att boka tid innan. Ett arbetsområde som beskrivs ta mycket tid för enheter med många asylsökande är hantering av intyg av olika slag. Många av de asylsökande etablerar kontakt med jurister och önskar intyg för att förstärka sin möjlighet till att få stanna. Likaså önskas intyg av olika slag för att förbättra sin situation på boendet.

7.3 Sammanfattning

- Arbetet med nyanlända och asylsökande är generellt välorganiserat och hanterbart men arbetskrävande.
- Cirka 20 procent har ett stort inslag av arbetet med nyanlända och asylsökande i det dagliga arbetet medan cirka 10 procent i princip inte berörs alls.
- Det är färre boenden än förra året och anhöriginvandring och kvotflyktingar är dominerande.

8 Levnadsvanor

8.1 Bakgrund

Alla vårdenheter ska säkerställa ett hälsofrämjande arbete som innefattar rutiner och kompetenskrav i enlighet med Region Hallands vådrutin "Vårdrutin sjukdomsförebyggande metoder/levnadsvanor" som grundas på "Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder". Vid dokumentation av levnadsvanor ska den ske enligt anpassad dokumentationsstruktur.

Utbudskrav är

- Kvalificerat rådgivande samtal för ohälsosamma matvanor och tobaksbruk.
- Rådgivande samtal för riskabla alkoholvanor.
- Rådgivande samtal kompletterat med FaR⁹ för otillräcklig fysisk aktivitet.

⁹ FaR Fysisk aktivitet på Recept

Kvalitetsrevisionen hösten 2016 hade fokus på stöd vid tobaksbruk, stöd vid riskabla alkoholvanor samt stöd vid otillräcklig fysisk aktivitet. Då konstaterades utvecklingspotential gällande dokumentation samt ett ojämnt utbud av FaR.

Kvalitetsrevisionen hösten 2017 har haft fokus på stöd vid ohälsosamma matvanor. Utbudskravet kvalificerat rådgivande samtal vid ohälsosamma matvanor innebär strukturerad kostrådgivning med flera uppföljningar. Samtalet ska vara individanpassat, utgå från beteendemodifierande tekniker samt inkludera arbetsverktyg som exempelvis matdagbok, portionsguide och övningar för förändringsarbete. Om kostrelaterad sjukdom och/eller nutritionsrelaterat tillstånd finns hos patient ska kvalificerat rådgivande samtal ske hos dietist.

8.2 Stöd vid ohälsosamma matvanor

Cirka 30 procent av enheterna kan i dokumentationen redogöra för ett utbud av kvalificerat rådgivande stöd men utbudet är varierande från att enstaka till cirka 300 patienter har fått stöd på enheterna. Av resterande enheter uppger de flesta att de bedömer sig ha utbudet men att de har bristfällig dokumentation.

En del enheter har särskilt utsedda personer för stöd vid ohälsosamma matvanor medan andra enheter har ett bredare anslag. De vanligaste yrkesgrupperna som arbetar med koststöd till patienterna är distriktssköterskor och diabetessköterskor, emellanåt med stöd av fysioterapeuter och någon gång med stöd av psykolog. På vissa enheter redogör man för fastställda program man tagit fram för patienter med övervikt.

Flera enheter gör bedömningen att för att hallänningen ska ha tillgång till jämlik vård så borde fler enhetliga upplägg tas fram inom regionen. En ”verktygslåda” med material och program för stöd vid ohälsosamma matvanor föreslås. Flertalet enheter skulle också med fördel se årliga uppdateringar för de personer som arbetar med kvalificerat rådgivande stöd arrangerat av Region Halland. Dessa önskar man även inkludera en förståelse för olika dieter som är aktuella i samhället för tillfället för att bättre kunna bemöta patienterna med enhetliga kostråd. Särskilt har man identifierat barn och unga som en målgrupp där kunskapsnivån behöver höjas. Likaså önskas ytterligare utbildningsstöd med fokus på beteendevetenskap. Digitalisering lyfts också att den borde få utrymme vad gäller koststöd vid ohälsosamma matvanor, egenvård och behandlingssituation via digital plattform.

Remittering till den gemensamma dietistfunktionen på rehab-kliniken 2016 varierar även den mellan enheterna, mellan inga till cirka 60 remisser per enhet. Tre enheter uppger sig dessutom använda extern dietist. Enheterna återkopplar att det initialt varit snäva remissindikationer till regiongemensam dietist när denna funktion infördes 2016 vilket resulterat i att flera har slutat att remittera. Rehabkliniken har under 2017 förtydligat riktlinjer och informerat enheterna och upplevelsen är att det fungerar bättre nu och att remisserna tas emot.

En del enheter tycker fortsatt att remitteringskrav med hög grad av övervikt är för högt. En del enheter återkopplar att detta påverkar patienternas valfrihet vad gäller stöd vid övervikt medan andra enheter anser att det är behovet som ska styra och att man tycker att tillräcklig kompetens finns på vårdcentral. En annan grupp som lyfts fram är patienter med kommunalt ansvar som upplevs få otillräckligt stöd då dessa inte varit regionens ansvar på dietistnivå. Nya regler träder dock i kraft mars 2018 vilket förbättrar denna situation.

8.3 Sammanfattning

- Cirka 30 procent av enheterna har ett dokumenterat utbud av kvalificerat rådgivande samtal på egen enhet. Resterande enheter gör en översyn för att trygga både utbud och dokumentation.
- Variation av stöd ses mellan enheter.
- Utbildnings- och materialbehov är identifierat för ett mer jämlikt stöd vilket arbetas vidare med på regionkontoret.
- Den gemensamma dietistfunktionen på rehabiliteringskliniken bedöms ha varit underutnyttjad under en period men remittering bedöms av enheterna fungera bättre nu.

9 Psykisk ohälsa

9.1 Bakgrund

Vårdenheten ska utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupp, efter professionell bedömning, tillgodose och svara för individers behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser. Vårdenheten ska i sin vård av patienterna använda bästa tillgängliga kunskap såsom den uttrycks i nationella och regionala riktlinjer, vårdprogram och terapirekommendationer. De så kallade handläggningsöverenskommelserna reglerar vårdnivån i Halland och inom området för psykisk ohälsa finns två stycken¹⁰. Vårdenheten ska ha en rehabiliteringssamordnare som har ett övergripande ansvar för samordning av rehabiliteringsinsatser och på vårdenheten ska kompetens i försäkringsmedicin och gällande regelverk finnas.

Våren 2017 gjordes en genomlysning beställd av regionens revisorer gällande styrning av stöd vid psykisk ohälsa inom närsjukvården¹¹. Denna redogjorde bland annat för upplevt nuläge avseende samverkan mellan närsjukvård och specialistvård psykiatri och förbättringspotential identifierades avseende strukturerad samverkan och dialog och funktionella brister beskrevs där patienter emellanåt upplevdes hamna i kläm. I rapporten åskådliggjordes även en differens vad gäller remittering och diagnossättning för psykisk

¹⁰ Handläggningsöverenskommelse mellan Vårdval Halland specialiserad öppenvård psykiatri, Vårdval Halland närsjukvård och Psykiatri Halland november 2015. Handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvården och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård december 2016

¹¹ Granskning av styrningen av närsjukvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa Region Hallands revisorer mars 2017 RS 170238

ohälsa mellan länets vårdcentraler. Dialog kring dessa ämnen fördes under höstens revision.

9.2 Stöd vid psykisk ohälsa på närsjukvårdsnivå

Vårdenheternas utbud består av egen eller delad resurs eller resurs via avtal. Utbudet i samtalsstöd består av olika kombinationer av psykolog, kurator, psykoterapeut och KBT-terapeut¹² med olika grundprofessioner. Flera enheter arbetar också med en kontaktperson av något slag. Stödet erbjuds både på individ och i gruppnivå. Exempel på vanliga grupper som erbjuds är grupper vid stress, lättare psykisk ohälsa, sömnproblem och ångest. Alla enheter har rehab-samordnare och nästan alla erbjuder teambaserat stöd vid behov. Sjukskrivningar följs aktivt via ett sjukskrivningsverktyg.

Tre av fyra enheter uppger sig ha tillräckligt utbud på primärvårdsnivå för stöd vid psykisk ohälsa, både vad gäller bredd och omfattning. De enheter som inte har tillräckligt med stöd uppger olika skäl. I en del fall kopplas bristen till övergångsskede mellan personer som slutat och personer som ska börja och i vissa fall bedömer man att enhetens tänkta bemanningsnivå avseende psykisk ohälsa är för låg. Flera enheter beskriver att behovet av stöd vid psykisk ohälsa växer och en del har under året ökat sin omfattning av psykosocialt stöd och en del funderar på att öka ytterligare.

Enheterna efterlyser en bättre avgränsning gällande hur långt stödet i primärvårdsuppdraget ska sträcka sig. En grundläggande fråga är vad som ska räknas som egenvård och vilket stöd som patienterna förväntas skaffa själva på annat sätt. Som exempel nämns sorg som i flertalet fall är en normal process och inte en sjukdom. Enheter med många nya listade vittnar också om att behovet av stöd till dessa patienter, relativt sett, ofta är högt då det är naturligt att lista sig aktivt i samband med att man har ett pågående behov.

Ett problemområde gällande stöd för psykisk ohälsa på primärvårdsnivå som lyfts gäller barn och unga. Flera enheter återkopplar att kriterierna för barn- och unga-teamet i Närsjukvårdens regi ännu inte satt sig och att tillgängligheten är otillräcklig. Det uttrycks också ett behov av förtydligande av skolhälsovårdens roll. En enhet uttrycker att där sannolikt finns en grupp barn som skulle behöva stöd av familjeterapeutisk karaktär som inte är tillräckligt dåliga för barn- och unga-teamet inom Närsjukvården eller BUP men att heller inte kompetens och lokaler finns för dessa barn inom närsjukvården.

9.3 Samverkan med specialiserade psykiatri

Remissmönstret till specialiserade psykiatri ser olikt ut mellan enheterna, liksom sjukskrivning för psykisk ohälsa. Flera av enheterna tycker sig känna igen sin placering i relation till andra enheter. Inget entydigt samband finns mellan sjukskrivning och remittering. Exempelvis finns det enheter med hög sjukskrivning för psykisk ohälsa men lågt remitterande till specialistvård. Förklaring på en sådan enhet kan vara att det psykosociala stödet är väl utvecklat på enheten, att enheten har "tröttnat" på att remittera

¹² Kognitiv Beteende Terapi

då remisserna kommer i retur eller att problematiken för de listade är av karaktären att patienterna inte har behov av eller inte önskar remiss. Inte heller finns ett entydigt mönster för sjukskrivning för psykisk ohälsa och socioekonomi.

Cirka 20 procent av enheterna uttrycker att de tycker att samverkan med specialistvården inom psykiatri fungerar bra. Majoriteten av övriga enheter tycker inte att samverkan fungerar väl vad gäller gränsdragning och beskriver remisser som kommer åter utan åtgärd. Där finns också en del som uttrycker att väntetiderna är för långa. Där ses en geografisk skillnad över länet vilken problematik som dominerar, tolkning av gränser i handläggningsöverenskommelse eller väntetider i kombination med återkopplad resursbrist inom specialistvården.

I vissa delar av länet återkopplar flertalet enheter en snäv tolkning av handläggningsöverenskommelse och omfattningen av stöd vid neuropsykiatriska diagnoser. Exempel som nämns är patienter med neuropsykiatriska diagnoser som ADHD¹³ och autism i kombination med andra psykiska besvär såsom lättare depression, ångest eller oro. Specialistvården bedömer att primärvården ska sköta depressionen, ångest eller oro medan man från primärvårdens sida anser att dessa besvär kan vara en del av symtombilden för den neuropsykiatriska diagnosen och att patienten skulle må bäst av att få sin vård för psykisk ohälsa på ett ställe. En annan grupp som beskrivs falla mellan stolarna på grund av olik tolkning är där enheter inom närsjukvård uttrycker att de inte tycker att specialistvården tar sitt ansvar gällande patienter med problematik utskrivna från barnhabiliteringen till vuxenhabiliteringen.

Flera enheter i en annan del av länet återkopplar hur de har fått remiser i retur där man är överrens om att patienten tillhör specialistvården utifrån överenskommelsen men på grund av resursbrist så tar i specialistvården inte emot. Man får även remiss- svar från specialistvård psykiatri där man återkopplar till enheten att patienten är "rätt" och man ämnar ta emot men att man har väntetider och man ber vårdcentralen stötta patienten så länge. Vårdcentralerna försöker att stötta patienterna bäst det går, exempelvis genom att hålla tät kontakt, men upplever att stödet är otillräckligt och många bär med sig en oro för dessa patienter. Flera enheter återkopplar om patienter som varit på PIVA¹⁴ och vid utskrivning egentligen hör till öppen specialistvård men inte har hunnit fram i deras köer. Patienten hänvisas då fortsatt i väntan på det till primärvård och PIVA.

Överlag finns där ingen utvecklad samverkan beskriven av vårdcentralerna mellan närsjukvård och specialistvård psykiatri. Där finns dock en del enstaka undantag. I en kommun finns en mer regelbunden möteskultur och någon enhet återkopplar på mycket god samverkan med regelbundna möten på enhets- och professionsnivå.

¹³ ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

¹⁴ Psykiatrisk Intensivvård och Akutmottagning i Halland

9.4 Sammanfattning

- Tre av fyra enheter inom närsjukvården uppger sig ha tillräckligt utbud både vad gäller bredd och omfattning för stöd vid psykisk ohälsa.
- Förtydligande om gränser för stöd vid psykisk ohälsa önskas vad gäller närsjukvårdens roll och egenvård, barn- och unga-team och skolhälsovård.
- Resursen barn- och unga-teamet uppfattas vara otillräcklig i sin omfattning.
- Majoriteten av enheterna tycker att samverkan med specialistvård psykiatri fungerar mindre bra.
- Patienter upplevs få otillräckligt stöd och hamna i kläm vid resursbrister inom specialistvård psykiatri.
- Handläggningsöverenskommelse som reglerar vård i närsjukvård och specialistvård tolkas på olika sätt.

10 Barnavårdscentral

10.1 Bakgrund

Att erbjuda barnavårdscentral, BVC, ingår i uppdraget för vårdvalet. Lokaler och utrustning ska vara anpassade för hälsovård av friska barn och definierade måldokument ska följas. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården definierar att enskild BVC sköterska ska ha minimum 25 nyfödda/år och antal nyfödda på BVC ska vara max 55 per 40 timmars sköterska och år. Denna målbeskrivning handlar om att ge kvalitet vid BVC där minimiantal barn ska upprätthålla en kompetens genom att sköterskan regelbundet bedömer nyfödda och där maxgränsen handlar om att kunna erbjuda barn och familjer tillräckligt med tid för stöd.

Vid förra årets revisioner tolererades från Barnhälsovårdsteamet en bemanning motsvarande 60 nyfödda/40 timmars sköterska för att enheterna skulle kunna ställa om sig, då nationellt riktvärde var ändrat. Då konstaterades att bemanningen låg i underkant, att där var för många nyfödda per 40 timmars sköterska på drygt hälften av enheterna. Cirka 15 procent av alla enheter låg en bra bit över rekommenderad nivå med upp till 96 nyfödda barn/40 timmars sköterska. På flertalet av dessa enheter redogjorde för att man trots detta utförde sitt basuppdrag utifrån fastställda kontroller och ansåg att uppdraget därmed var uppfyllt. Från regionkontoret bedöms att uppdraget inte är att räkna som uppfyllt fullt ut vid större avvikelser från rekommenderad nivå för bemanning.

I BVC statistiken 2016 redovisas för 43 BVC enheter varav en enhet har tillkommit under året (Husläkarna Falkenberg). I praktiken finns BVC på cirka 60 utbudspunkter i Halland och flera av dessa har i tidigare statistik särredovisats. Ett fåtal vårdcentraler har inte någon egen BVC utan har avtal för detta hos annan enhet.

10.2 Sköterskebemanning på BVC

Majoriteten av enheterna i BVC statistiken för 2016 följer riktlinjerna avseende max 55 nyfödda per sköterska. 60 procent redovisar bemanning med max 10 procents avvikelse (≤ 60 nyfödda per 40 timmars sköterska) och 80 procent redovisar bemanning med max

20 procents avvikelse (≤ 66 nyfödda per 40 timmars sköterska). Av resterande ses större avvikelser där 10 procent uppvisar kraftig avvikelse från rekommenderade nivåer med upp till 70 procents avvikelse (93 nyfödda per 40 timmars sköterska).

Vid översikt av statistik för 2016 ses generellt god följsamhet till programmet. Avvikelse ses främst redovisat gällande besök till förskola och teamträffar. Enheter med många nyanlända redovisar att det i vissa fall är svårt att uppfylla basprogrammet fullt ut då basprogrammet alltid inte är anpassat till barnets situation eller att de nyanländas rörlighet påverkar. Enheter i psykosocialt utsatt områden vittnar om att detta ofta är märkbart på BVC. Som exempel nämns ofta längre besök, fler tolkbesök och fler orosanmälningar till socialtjänst.

Vad gäller minimi antal nyfödda per enskild BVC sköterska så redovisar 90 procent i BVC statistiken 2016 att man når målnivån. Tar man hänsyn till kända fel i inrapportering samt att en del ligger nära gränsen eller att sköterskorna arbetar på flera BVC så uppnår samtliga målet.

10.3 Sammanfattning

- På tio procent av BVC enheterna är antal nyfödda barn/heltidssköterska kraftigt avvikande med för låg bemanning och följsamhet till bemanning kommer fortsatt uppmärksammas under 2018.
- BVC sköterskorna i Halland ser tillräckligt många nyfödda barn enligt krav för att upprätthålla kompetens.

11 Kvalitetsregister

11.1 Bakgrund

Vårdenheten ska i sin vård av patienterna använda bästa tillgängliga kunskap och använda och registrera i angivna behandlingsstöd och kvalitetsregister.

Kvalitetsregistret Senior Alert ska användas vid äldres risk för undernäring, fall och trycksår. Vid revision hösten 2016 konstaterades att endast cirka hälften av enheterna inom vårdvalet registrerade i Senior Alert registret. Flertal enheter återgav att de ansåg att värdet för patienten eller enheten inte motsvarade arbetsinsatsen. Från regionkontoret har bedömningen gjorts att uppdraget kvarstår då det är del i Region Hallands patientsäkerhetsarbete men från och med 2018 reduceras uppdraget till att inte omfatta patienter med kommunalt ansvar.

Vid demens som diagnosticeras på vårdenheten ska kvalitetsregistret Svedem användas. Vid revision 2016 konstaterades att cirka hälften av enheterna hade gjort grundregistreringar vilket är under förväntan.

Från och med 2017 ska vårdenheterna delta i Luftvägsregistret som är ett kvalitetsregister som syftar till att kunna följa insatser för patienter med astma och KOL¹⁵ på individnivå såväl som på övergripande nivå. KOL-processen i Halland är under implementering från och med 2017 och följs av astmaprocessen 2018. Luftvägsregistret är till stöd för enheterna och regionen att se hur följsamheten till processerna går.

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata där data hämtas automatiskt från använda system i vården till skillnad från kvalitetsregistren ovan. Systemet ger enheterna möjlighet att jämföra sig med andra enheter och identifiera utvecklingsområden och kunna följa resultat av förbättringsarbete. Det är först från och med 2017 vårdenheterna i Halland aktivt börjat kunna ta del av systemet och data börja kunna kvalitetssäkras.

11.2 Senior Alert och Svedem

Uppföljning av enheter med avvikelse från förra årets revisioner visar på att användandet av Senior Alert fortfarande är lågt eller inte existerande och cirka 40 procent av samtliga enheter ska redogöra i handlingsplaner för hur deltagandet ska säkerställas. Registering i Svedem har ökat och cirka 80 procent av enheterna har gjort grundregistreringar under perioden 2016-2017.

11.3 Luftvägsregistret och PrimärvårdsKvalitet

2017 har cirka 70 procent av enheterna kommit igång med Luftvägsregistret och övriga är i uppstarten av, eller uppmanade att komma igång med registret. På majoriteten av enheterna har man en astma-KOL mottagning med en astma-KOL sköterska med vidareutbildning. Cirka tio procent av enheterna har istället valt att ha sköterska med en mindre omfattande utbildning för kontroller där läkaren istället tar det större ansvaret för att följa de nationella riktlinjerna.

Enheterna är i startgroparna vad gäller användandet av PrimärvårdsKvalitet och har ännu inte kommit igång med att aktivt använda sig av det i kvalitetsarbete men ställer sig positiva till denna form av system. Enheterna återkopplar problematiken gällande alla register som inte per automatik hämtar data, att de tar mycket tid i anspråk, vilket indirekt påverkar tillgängligheten negativt.

11.4 Sammanfattning

- Deltagande i Senior Alert var vid uppföljning hösten 2017 fortsatt lågt och handlingsplaner är inlämnade medan deltagandet i Svedem är förbättrat.
- Implementering av Luftvägsregistret löper på.
- Kvalitetsregister som inte hämtar ut data automatiskt upplevs av enheterna vara tidskrävande och indirekt påverka tillgängligheten negativt.

¹⁵ KOL Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom

12 Samverkan kommun

12.1 Bakgrund

I den överenskommelse¹⁶ som är tecknad mellan Region Halland och de halländska kommunerna regleras parternas ansvar för hemsjukvård. Överenskommelsen innebär att kommunen ansvarar för hemsjukvårdsinsatser för samtliga yrkeskategorier förutom läkare samt att inskrivning i hemsjukvården ska ske efter vårdplanering. Vårdenheten ska ha mål och rutiner för att minska vårdskador. Arbetet ska ske utifrån patientsäkerhetslagen (2010:659) och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Region Hallands avvikelshanteringssystem ska användas.

I januari 2018 träder en ny lag¹⁷ i kraft om samverkan vid utskrivning mellan olika vårdgivare. Den rutin som funnits i Halland för säker hemskrivning, så kallad "Trygg hemgång", ersätts med en ny anpassad rutin; "Trygg och effektiv utskrivning". Inför skiftet har också ett nytt digitalt kommunikationsverktyg¹⁸ införts under 2017.

Vid förra årets kvalitetsrevision konstaterades att kontaktvägarna mellan sjuksköterskor med kommunalt ansvar och vårdcentralerna varierade men upplevdes fungera väl i stort. Regionens revisorer beställde en översyn av hemsjukvården i Halland¹⁹ som var klar i januari 2017. Där granskade man vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre. I den beskrivs liknande slutsats att samverkan mellan vårdenheter och kommunens sköterskor överlag fungerar väl men att där finns variation mellan vårdenheter och tillgången till läkare kan variera. Likaså konstateras att informationsöverföring är ett område där problem kan uppstå liksom tolkning av innehållet i överenskommelsen. En brist uttrycktes angående ett lägre användande av avvikelser över huvudmannagränsen än vad respektive huvudman har som rutin och detta har undersökts i samband med höstens revisioner.

12.2 Samverkan och avvikelser

Kommunen och vårdenheterna använder sig av olika avvikelssystem vilket gör att manuell hantering blir nödvändig med utskrift från respektive system. Cirka hälften av vårdenheterna uppger att de har en upparbetad vana av att arbeta med avvikelser i samverkan med kommunen åt bägge håll. Cirka hälften av vårdenheterna uppger att de mycket sällan eller aldrig skriver avvikelser själva i samverkan med kommunen. Vid förra årets kvalitetsrevision framkom att vanan att använda sig av avvikelser i vårdenheternas förbättringsarbete varierade stort. Om vanan internt är att inte använda sig av avvikelser i en större omfattning så påverkar sannolikt även det arbetet med avvikelser externt som till exempel i samverkan med kommunen. Där finns också några vårdenheter, framför allt på mindre på avskilda orter, som uppger att man har en mycket nära och utvecklad samverkan med kommunens sköterskor och att där därmed uppstår väldigt få situationer som är aktuella för avvikelser.

¹⁶ Överenskommelse om hemsjukvården i Halland 2015

¹⁷ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård

¹⁸ Lifecare SIP

¹⁹ Samgranskning hemsjukvården i Halland RS170005

Avvikelserna som skrivs från vårdenheterna och kommunen rör ofta kommunikation, information och tillgänglighet. I många fall har avvikelserna resulterat i rutinförändringar, både internt och över gränserna. Många nämner avvikelser rörande läkemedel främst kopplat till utskrivning från sjukhus. Ett annat område för avvikelse som ofta nämns är blodprovshantering.

Ett exempel på avvikelser rörande kommunikation som berättas om på flera enheter är då en patient med kommunalt ansvar får tid bokad på vårdcentral av anhörig. Vårdcentralen missar sedan att återrapportera läkemedelsändring till sköterskan inom kommunen efter besöket. Kommunikation beskrivs vara särskilt sårbart då tre parter är inblandade såsom sjukhus, vårdcentral och kommun. Informationsavvikelser kan exempelvis gälla ordination som inte blir utförd.

Avvikelser om tillgänglighet kan röra svårighet att få tag på varandra, sköterska och läkare, eller förväntningar som inte infrias och delas. Enheterna vittnar om att aktuell personalsituation på vårdenhet respektive hos kommun påverkar samverkan där en instabilitet ofta bidrar till fler situationer med missförstånd och dålig tillgänglighet.

I flertalet kommuner finns en upparbetad tradition att chefer från respektive huvudman träffas på kommunnivå. Flera enheter vittnar också om en mer nära samverkan mellan sköterskor och chefer från aktuell vårdcentral och kommun med regelbundna möten. Majoriteten vittnar om en upplevd god samverkan med kommunen och de enheter som inte riktigt är där har ofta startat eller har tankar om att starta dylika möten. Frågor som kommer upp på dessa samverkansmöten rör ofta gränsdragningsdiskussioner om ansvar vad gäller uppdrag, enstaka hembesök, materialkostnader och rutiner.

Planer framskrider för den nya vårdplaneringsprocessen "Trygg och effektiv utskrivning" som träder i kraft 2018 och Caphio Falkenberg ska ansvara för en gemensam resurs av vårdplaneringssköterskor på närsjukvårdsnivå. Många enheter ser med tillförsikt an på den nya ordningen och att det nya systemet Lifecare ska bidra med en tryggare hemskrivning för patienterna och bättre ordning framför allt vad gäller läkemedel.

12.3 Sammanfattning

- Cirka hälften av vårdenheterna har en utvecklad användning av avvikelser i samverkan med kommunen.
- Vanliga områden för avvikelse är kommunikation, information och tillgänglighet.
- Där finns överlag en upparbetad struktur för samverkan mellan kommun och vårdenheter.

13 Systematiskt kvalitetsarbete – hygien

13.1 Bakgrund

Vårdenheten ska ha mål och rutiner för att minska vårdskador. Arbetet ska ske utifrån gällande lagar för patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete²⁰. Vårdenhetens lokaler ska vara anpassade för närsjukvårdsåtagandet och städning ska följa riktlinjer för städning i vårdlokaler²¹. All utrustning som krävs ska uppfylla lagar, föreskrifter, vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion. Vårdenheterna ska delta i Region Hallands två årliga mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

I Hälsa- och sjukvårdslagen står att vården ska *”vara av god kvalitet med god hygienisk standard”* och Socialstyrelsen har gjort en definition av dess innebörd. Vårdhygien Halland har tagit fram en checklista²² utifrån denna definition. Den är tänkt som stöd för enheterna för att de ska kunna säkerställa en god hygienisk standard vad gäller lokaler, utrustning, organisering och planering så risk för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Bland annat definieras i checklistan vilken sort möbler som krävs i patientutrymmen;

”Möbler i patientutrymmen såsom behandlings- och provtagningsrum, väntrum, träningslokal etc. ska ha släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål rengöringsmedel och punktdesinfektion med alkoholbaserat desinfektionsmedel. Ytbeklädnad ska vara vätskeavvisande. Ev dynor ska kunna avlägsnas så att underlaget kan rengöras”.

Denna checklista har använts som underlag för dialog under höstens revisionsbesök och sköterska från vårdhygien²³ har använts som konsultationsstöd.

13.2 Systematiskt arbete med hygien

Enheterna deltar i de obligatoriska hygienmätningarna. Resultaten varierar för flertalet över tid då det är en ögonblicksbild. Många, men inte alla, har som rutin att återkoppla resultatet till medarbetarna och arbeta vidare med områden där man inte uppfyller kraven. Vid kvalitetsrevisionen noterades en brist i kedjan för återkoppling av resultat till en del vårdenheter vilket är påtalat till berörda.

Alla enheter har minst ett hygienombud och dennes roll att påminna i vardagen lyfts som viktig, likaså att chefen är aktiv i att lyfta frågan. På en enhet har man tänkt rotera rollen som hygienombud för att öka kunskapsnivå hos samtliga sköterskor. Enheter som har eller har haft utbrott eller patienter med resistenta bakterier, som till exempel MRSA²⁴, berättar att hygienfrågorna har fått en ökad uppmärksamhet.

²⁰ Patientsäkerhetslagen 2010:659 och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

²¹ Svensk förening för vårdhygiens riktlinjer för städning i vårdlokaler ISBN 978-91-633-8059-4

²² Checklista för ”Egenkontroll - Vårdhygienisk standard - Närsjukvården Halland”

²³ Peter Johansson Hygiensköterska Vårdhygien Halland

²⁴ MeticillinResistent Staphylococcus Aureus

Enheter som har identifierat brister vid genomgång av checklistan eller på annat sätt berättar om olika åtgärder. Det kan handla om att ta fram förtydligande rutiner om ansvarsområden mellan städpersonal och vårdpersonal eller informationsmaterial för nyanställda och elever. Det berättas också om mer praktiska åtgärder som utbyte av kuddar till avtorkningsbara, utplacering av sprit på strategiska platser och åtgärd så att all personal använder arbetskläder. Några enheter berättar också om att de har använt vårdhygiens sköterskor som utbildningsresurs.

Vad gäller kraven på ändamålsenliga möbler ur hygiensynpunkt så uppfylls detta bara i två av de samtliga 70 tal lokaler som besöktes under höstens revisioner. Resterande har i olika omfattning möblemang med tygklädsel. Framför allt gäller detta i väntrum men även i behandlingsrum finns sådana möbler. En del enheter hade vid revisionen redan uppmärksammat bristen och beställt nya möbler eller omklädning. Några enheter visade sig ha köpt möbler som är klädda med ett tygmateriel som enligt återförsäljaren ska vara gjort för vårdmiljöer. Dessa tyger uppfyller inte kraven enligt vårdhygien. Samtliga berörda enheter är uppmanade att göra en plan för åtgärd och vårdhygien bistår vid behov med stöd.

En del vårdenheter som antingen utför städ själva eller via företag uttryckte önskemål om utbildningsstöd och checklistor vilket regionkontoret påbörjat.

13.3 Sammanfattning

- Hygienombud och chef har en nyckelroll för att frågan om hygien hålls levande.
- Två av de 70-tal lokaler där vård utförs har möbler som klarar hygienkrav och övriga enheter är uppmanade till att planera åtgärd.

14 Tillgänglighet

14.1 Bakgrund

Enligt nationell vårdgaranti har patienterna rätt till kontakt med primärvården samma dag och om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa en läkare, ska tid erbjudas inom högst sju dagar. Vårdenheterna lämnar uppgifter om detta två gånger per år, per automatik, via journal- och telefonisystem. De som inte har uppringningssystem deltar inte i mätningen av telefontillgänglighet. Resultaten på telefontillgänglighet har i Halland under senaste perioden visat på mycket goda resultat och fokus har inte lagts på ytterligare uppföljning av denna vid höstens kvalitetsrevision.

Inom Vårdval Halland ska från och med 2016 vård kunna erbjudas inom definierade tid för följande;

Nybesök inom 7 dagar till fysioterapeut och arbetsterapeut samt inom 14 dagar till psykolog och kurator.

Inget inrapporteringssystem är ännu utvecklat för detta men förberedelser pågår till att tas i drift 2018.

Personliga tjänster och kommunikation ska erbjudas via 1177 Vårdguidens säkra e-tjänster och minst enligt det utbud som beskrivs i dokumentet "Basutbud e-tjänster". Vårdenheten ska medverka till en ökad användning av e-tjänsterna med målsättning att e-tjänsterna ska vara huvudvägen in för samtliga rutinärenden istället för telefon. Vårdenheten ska införa webb-tidbokning via 1177 Vårdguidens e-tjänster som en naturlig del av tidbokningsprocessen.

14.2 Läkare

Under höstens revisioner uppgav cirka 65 procent av enheterna att deras tider oftast räcker för dagens behov och resterande återkopplar att de får hänvisa till annan dag eller gemensam jourmottagning. Vad gäller planerade tider uppgav cirka hälften att där är några veckors väntetid. Patienterna önskar ofta "sin doktor" och väntar hellre på en tid till denne, än att gå till en annan läkare, där tid kan erbjudas tidigare. Den nationella tillgänglighetsmätningen under hösten visade att cirka 75 procent nådde upp till väntetidsgarantin till 80 procent eller mer.

Som anledning till lägre tillgänglighet än önskat är den vanligaste orsaken frånvaro och knapp grundbemanning. Några enheter återkopplar att hög pålistning under kort tid också påverkar tillgängligheten till läkare.

Där finns många exempel på hur enheterna arbetar med att förbättra tillgängligheten där arbetssätten skiljer sig åt. På några enheter får man drop in att fungera och på andra enheter tycker man att det fungerar bättre med tidsbokning. En del enheter har kompletterande sköterskebaserade infektionsmottagningar. Många enheter har system för, och arbetar med, utveckling för att patienter ska bokas till andra professioner som är bättre ämnade för att hjälpa patienten än läkare. Indirekt blir effekten fler tillgängliga läkartider.

Likt förra året uppgav cirka trettio procent av enheterna att de är i aktivt rekryteringsbehov av specialist i allmänmedicin. En del ytterligare enheter har inte bemannat med specialist i allmänmedicin i den omfattning de önskar men har löst bemanningen med annan sammansättning som man är nöjd med för tillfället.

Att kunna utföra gynekologiska undersökningar på primärvårdsnivå ingår i uppdraget. Samtliga enheter har utrustning och kompetens för detta på något vis. På några få enheter består läkarbemanningen endast av inhyrd personal, vilket gör att kompetensen kan variera, beroende av vem som är i tjänst. Frekvensen att utföra gynekologiska undersökningar varierar stort mellan enheter och orter. Cirka 20 procent av enheterna uppgav att de utför gynekologiska undersökning mycket sällan eller i princip aldrig och cirka tio procent utför dem ofta. Variationen verkar till viss del bero på enhetens inställning men också till utbudet av gynekologer i området.

Flera enheter återkopplar att patienterna i allt större grad börjar använda sig av läkare via nätet. I flertal fall har bedömning och åtgärd där varit otillräcklig vilket gjort att patienten

även kontaktat vårdcentralen för bedömning och åtgärd. Enheterna uttrycker en frustration över detta, både vad gäller medicinsk kvalitet och dubbla kostnader för enheterna.

Jourcentralerna på primärvårdsnivå uppges generellt fungera väl men där är en variation över länet gällande upplägg. Några enheter efterfrågar enhetliga krav gällande öppettider och upplägg. Statistik visar att sökmönstret till sjukhusens akutmottagningar varierar mellan enheterna, men framför allt mellan de olika orterna. Patienter kring Varberg och Halmstad söker sjukhusens akutmottagningar mest. Orsaken, som enheterna tror, är att där är mycket tradition i sökmönstret. Exempelvis har där tidigare funnits jourcentral placerad på sjukhusen. Där finns också enheter som beskriver att kulturella skillnader och en kunskapsbrist om vårdnivåer, påverkar hos en del patientgrupper.

På några enheter arbetar man med att stötta sina identifierade mångsökare, exempelvis med kontaktsköterska, vilket man tror kan minska onödiga besök på akuten. Flera enheter återkopplar att viss triagering sker på sjukhusets akut där patienterna hänvisas till sin vårdcentral påföljande dag, vilket upplevs som positivt. Där finns enheter vars patienter har ett högt sökmönster till akuten på sjukhuset trots att enheterna har mycket god tillgänglighet. Flera av dessa återkopplar att de dels vill ha akutuppdraget på primärvårdsnivå, dels gärna hade sett mer utvecklad triagering på sjukhuset och helst önskat någon form av remisskrav till akuten.

Enheter återkopplar att fokus i regionens förbättringsanda emellanåt hamnar snett. Terminologin som ofta används handlar om att avlasta akuten på sjukhusen istället för att tala om att ta hand om patienter med akuta besvär på primärvårdsnivå.

14.3 Arbetsterapi, fysioterapi och psykosocialt stöd

Överlag uppges tillgängligheten till arbetsterapi inom sju dagar fortsatt vara god där undantag redogörs för på cirka tio procent av enheterna. Frånvaro uppges där som orsak och väntetiderna uppgår då vanligtvis till cirka två veckor men prioriterade fall uppges kunna omhändertas tidigare.

Cirka sjuttio procent av enheterna uppger sig ha tillgänglighet till fysioterapi inom sju dagar. Övriga uppger sig ha upp till några veckors väntetid eller att det är varierande med väntetid över tid. Samtliga uppger sig kunna erbjuda tid tidigare till prioriterade patienter. Detta är ungefär i nivå med föregående år.

Hälften av enheterna uppger sig kunna erbjuda tid till psykosocialt stöd som psykolog, kurator eller psykoterapeut inom kravsatta 14 dagar vilket är en förbättring jämfört med förra året. Väntetider hos övriga ligger mellan några veckor till några månader. Likt övriga yrkesgrupper återkopplas att prioriterade tillstånd kan få tidigare tid. Som orsak till väntetider återkopplas delvis frånvaro, som vid sjukskrivning eller rekryteringskedje efter att medarbetare slutat, men där finns också enheter som återkopplar att enhetens omfattning är i underkant i relation till de listades behov.

Tillgänglighet till psykosocialt stöd löses med olika arbetsätt. En del enheter arbetar med utbud av stöd enligt olika koncept²⁵ som innebär behandling med korta väntetider under kortare episoder. Där är också flera enheter som har etablerat ett arbetsätt med strukturerade bedömningar per telefon inom fjorton dagar. Detta sätt är idag inte att räkna som uppfyllelse av en eventuell vårdgaranti men när telefonbesök per distans blir etablerat så bör detta arbetsätt kunna fungera. Flera enheter har lagt ut dessa tider direkt för patienterna att boka via webben och någon beskriver att man ser att det för vissa patienter verkar minska motståndet till att söka hjälp för psykisk ohälsa.

14.4 Webbtidbok 1177 Vårdguiden

Regiondrivna vårdenheter har samtliga infört webbtidbok och införandet var klart hösten 2017. Privata enheter befann sig under hösten i förberedelse inför införande av webbtidbok våren 2018.

Hos enheterna som arbetar med webbtidboken är man överlag positiv, både personal och patienter. Patienterna har visat sig hitta bokningssättet utan någon större marknadsföring och på den enhet som hade varit igång längst (pilotenhet) återkopplades att tolv procent av bokningarna skedde digitalt. Majoriteten av enheterna har lagt ut tider "brett" till samtliga kompetenser.

De flesta återkopplar att förberedelsearbetet var mycket omfattande i tid och även fortsatt utveckling tar en hel del tid. Av och ombokningar fungerar generellt bra. Oro och viss frustration uttrycks vad gäller bokningar och arbetet med vård på "rätt vårdnivå". Patienterna bokar själva utan triagering och risken finns att där blir "onödiga" läkarbesök. En del vanliga missförstånd berättas om som enheter som har flera utbudspunkter och patienterna åker fel eller patienter som bokat telefontid och kommer till mottagningen istället. Kontinuerlig utveckling och förbättring sker för att minska missförstånden.

14.5 Sammanfattning

- Cirka 30 procent av enheterna är i rekryteringsbehov av specialist i allmänmedicin.
- Tillgänglighet till arbetsterapi är generellt god.
- Sju av tio enheter erbjuder fysioterapi inom en vecka.
- Hälften av enheterna kan erbjuda tid för psykosocialt stöd inom 14 dagar vilket är en förbättring jämfört med förra året.
- Webbtidboken uppskattas av patienter och personal men kräver en del arbete.

15 Patientupplevelse delaktighet och involvering

15.1 Bakgrund

Vårdenheten ska ha goda kunskaper i Patientlagen. Den enskilde patienten och närstående ska ges möjlighet till att vara delaktiga i och ha inflytande över vård och behandling. Vårdenheten ska ge patienten nödvändig information om sin sjukdom och

²⁵ IBH integrerad beteende hälsa och FACT Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy

tillgängliga valmöjligheter för behandling. Vårdenheten ska också mobilisera och stödja patientens egna resurser (egenvård).

Nationell patientenkät, NPE, genomförs inom primärvården vartannat år på hösten, ojämnt år. Flera landsting/regioner genomför även så kallad mellanårsmätningar (jämnt år) vilket gjordes inom primärvården i Halland under hösten 2016. Delaktighet och involvering i primärvården i denna mellanårsmätning låg i riket²⁶ på 79 procent och i Halland på 83 procent. Majoriteten av enheterna placerade sig över riket.

Vid revisionsbesöken hösten 2017 har dialog förts om arbetssätt eller aktiviteter som vårdenheterna använder sig av för att öka patienternas delaktighet.

15.2 Arbetssätt och aktiviteter

Den viktigaste situationen för att göra patienterna delaktiga beskrivs vara det goda mötet och dialogen. Patienterna får föra fram sina förväntningar och farhågor och görs delaktiga i beslut. Personalen arbetar med ett utvecklat förhållningssätt där behandlaren lyssnar aktivt, informerar och försöker att erbjuda alternativa vägval. En enhet uttrycker det som att de ser sig som patienternas konsult och några enheter återkopplar att de aktivt arbetar med konsultationsteknik. Flera återkopplar också att bemötandet och känslan av att bli sedd är viktig och kontinuitet lyfts fram som en framgångsfaktor för patientens delaktighet. En enhet återkopplar att de uppmuntrar anhöriga till att vara med vid besöket och några enheter återkopplar att man ser en fördel med att ha flerspråkig personal som kan tala samma språk som listade patienter.

Rent praktiskt har enheterna utvecklat olika metoder och arbetssätt. Bland annat berättar flera enheter om metoder för att öka tydlighet och möjlighet för patienter att förstå. Exempelvis använder flera enheter blankett med innehåll "det här har vi bestämt idag" som även innehåller plan närmsta tiden framåt. En del andra berättar att de dikterar när patienten är med i rummet eller använder sig av skriftligt material som brev eller informationsmaterial från 1177. En enhet planerar att utveckla kallelserna så att patienterna ska fylla i vilka läkemedel de faktiskt tar av de ordinerade inför läkarbesöket. En enhet har infört ett digitalt kommunikationsstöd vilket möjliggör distansbesök men också innehåller ett stöd för kommunikation vid vissa funktionsnedsättningar som exempelvis hörselnedsättning. Rehabiliteringsprocessen lyfts av många enheter där patientens egenansvar och delaktighet används medvetet och systematiskt.

Drygt hälften av enheterna har under året använt sig av en frågesvarsterminal i entrén där patienterna har fått lämna sitt omdöme om besöket. En del enheter berättar om att de lämnat ut egna enkäter för att ta reda på önskemål från sina patienter. Där beskrivs också att enheter i olika samband har haft invånardialog. Till exempel har man mött befolkning i den lokala mataffären eller i ett lokalt evenemang. En enhet planerar en invånardialog med äldre inför att de ska införa en äldre-mottagning.

²⁶ 10 av 21 landsting och regioner deltog i mellanårsmätning primärvård hösten 2016

De flesta enheter lyfter patienternas tillgång till journalen på nätet som ett sätt att öka patienternas delaktighet. Många patienter har hittat dit själva men enheterna hänvisar även ofta patienterna dit, mer eller mindre strukturerat. Detta kan exempelvis gälla vid frågor om provsvar och journalutskriften. Införandet av webbtidbok tror flera enheter också bidrar till patientens delaktighet.

15.3 Sammanfattning

- Ett medvetet och utvecklat förhållningssätt i mötet patient och behandlare är det viktigaste för delaktighet.
- Journalen på nätet upplevs vara en tillgång för ökad delaktighet.



Bilaga 1 Frågeformulär vid kvalitetsrevision hösten 2017

Frågeområde	Frågor	Svar	Bedömning/ frågeområde ²⁷	Ev åtgärd ²⁸
Allmänt nuläge	Kort beskrivning av nuläget på vårdcentralen. Några större förändringar under senaste året eller på gång avseende verksamhet, personal, lokaler mm?		Ingen bedömning utfärdas	
Uppföljning avvikelser revision hösten 2017	Avvikelse från föregående års revision har följts upp		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Jämlikhet	Har ni några riktade insatser på gång eller planeras några sådana till riktade grupper? Beskriv? Ex ålder, kön, socioekonomi		Ingen bedömning utfärdas	
Asyl	Hur ser er enhets arbete ut i nuläget vad gäller nyanlända och asylsökande? Stor del av vardagen? I så fall hur? Utmaningar? Lösningar?		Ingen bedömning utfärdas	
Lokaler	Hur är tillgängligheten till vårdcentralen för personer med rullstol? Dialog samt inspektion utifrån checklista.		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Levnadsvanor	Hur erbjuder ni stöd vid ohälsosamma matvanor? Ex professioner, utbildning, själva eller på annat sätt? Följsamhet till nationella riktlinjer? Behov av stöd till enheten och i så fall vad?		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
BVC	Hur ser det ut för er med sköterskebemannning på BVC, följer ni målnivåerna? Om inte hur tänker ni kring det? Kompetens, kvalitet och kontroller.		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Samverkan	Har ni några avvikelser i samverkan med kommunen kopplade till "Överenskommelse om hemsjukvården"? Exempel? Hur hanterar ni dessa avvikelser om de uppstått eller skulle uppstå?		Ingen bedömning utfärdas	
Kvalitetsregister	Hur går det för er med implementering av Luftvägsregistret? Vem/vilka på enheten registrerar (profession)? Har ni identifierat några utvecklingsområden utifrån resultat i registret? Behöver ni ytterligare stöd med registret och i så fall på vilket sätt?		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Systematiskt kvalitetsarbete	Personal – Hur använder ni resultatet från hygienmätningarna? Har ni gjort/planerat åtgärder nu eller tidigare? Lokaler och möbler Är de anpassade för att kunna efterleva hygienregler? Möbler i patientutrymmen? Har ni använt hygiencheckmallen från vårdhygien? Om ja, eventuella utfall och åtgärder efter denna? Önskar ni ytterligare stöd från vårdhygien för att efterleva hygienregler och i så fall i vilken form?		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	

²⁷ Ingen bedömning utfärdas: Karaktären på frågan medför att ingen bedömning lämnas vid detta tillfälle. Tillfredsställande/Vissa brister/Betydande brister: Bedömning enligt SKL:s terminologi i modell för fördjupad uppföljning.

²⁸ Åtgärder: Aktuellt där brister konstateras under bedömning. För mer information se rutin "Brister och sanktioner i vårdvalet"

Sjukskrivningar psykisk ohälsa	Reflektion över egen enhets sjukskrivningsstatistik och remissmönster? Hur möter enheten behovet av stöd för psykisk ohälsa? Tillräckligt med utbud? Om inte vad saknas ex kompetens, tid? Hur samverkar ni med psykiatri idag? Har ni några Tankar om möjligheter till utökad samverkan med psykiatri?		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Tillgänglighet	Hur har ni det med tillgänglighet/uppskattad väntetid till: <ul style="list-style-type: none"> • psykolog • kurator • Annat psykosocialt stöd • sjukgymnast/fysioterapeut • arbetsterapeut? 		Ingen bedömning utfärdas (då mätmetod är under utveckling)	
	Hur har ni det med tillgänglighet till läkare? Reflektion över era patienters sökmönster på akuten?		Ingen bedömning utfärdas vid revision- Tillgänglighetsmätningar sker höst och vår: Vid större avvikelse (rött) kommer handlingsplan att begäras in.	
	Kan ni lösa basala gynekologiska undersökningar hos er? Kompetens? Utrustning?		Tillfredsställande Vissa brister Betydande brister	
Patientupplevelse/ Delaktighet	Har ni gjort/ planerar ni för att göra några aktiviteter eller förändringar i arbetssätt för att öka patienternas delaktighet?		Ingen bedömning utfärdas	