

Patientsäkerhets- berättelse.

Vårdgivaren Örebro kommun 2016

Upprättad av:

Cecilia Lundberg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Ylva Blix, MAS

Susanne Blom, MAS

Christina Löf, Medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR

Inga Blomstrand, MAR



Sammanfattning

Prioriterade målområden för patientsäkerhet 2016 var:

- Kvalitetssäkring av riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården.
- Kvalitetssäkring av den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen.
- Kvalitetssäkring av samverkan och informationsöverföring internt och externt.
- Kvalitetssäkring av det systematiska förbättringsarbetet och säkerställande av den systematiska uppföljningen av hälso- och sjukvården.
- Kvalitetssäkring av kompetens inom hälso- och sjukvård - legitimerad personal samt utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser.

De viktigaste åtgärderna och resultaten

För att säkerställa att styrdokument och vägledning om hälso- och sjukvård finns tillgängliga för samtliga utförare har arbete med en ny hemsida "Hälso- och sjukvård – för utförare" pågått under hösten och dokumenten kommer att flyttas till den nya hemsidan under 2017.

Kartläggning och genomgång av samtliga behörigheter i journalsystemet Treserva har genomförts och utifrån dessa har risk och behovsanalyser utförts och dokumenterats. I hälso- och sjukvårdsjournalen har fler fasta vårdplaner skapats, med standardiserade sökord och frastexter.

- Den kollegiala journalgranskning som genomförts visar att dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen till viss del saknas eller är otydlig. De vanligaste förbättringsområdena är att det ofta saknas uppgifter om bakgrund till vården och i många journaler framkommer inte att/hur personen varit delaktig.
- Uppföljningar från bas/omvårdnadspersonal i vårdplaner som fördelats saknas i många journaler.

Underlag för en övergripande strategi för ett rehabiliterande arbetssätt i Örebro kommun har tagits fram. Samtliga arbetsterapeuter har fått utbildning och tillgång till en uppdaterad ADL taxonomi, kunskaper och tillgång till instrumentet COPM som bygger på en intervju med den enskilde och där den enskildes målsättning tydliggörs.

Inom Vård och omsorgsförvaltningen har ett projekt med ett rehabiliterande team startats, med fokus på att förebygga fall.

- "Fall" är den vanligaste avvikelserna och utgör 6739 av de totalt 17 399 registrerade avvikelserna. Det är 1 218 personer som fallit. 136 av dem har fallit 10 gånger eller fler.
- På vård och omsorgsboende har ca en tredjedel, (32 %) av de som vistats eller bott fallit minst en gång under året.

Rutin samt underlag för riskanalys vid bedömning av låst/öppen dörr på vård- och omsorgsboende har fastställts och implementerats. Utbildning om rutiner och arbetssätt vid skydds- och begränsningsåtgärder har genomförts till chefer i Förvaltningen för funktionshindrade.

Riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Region Örebro län har reviderats och i Förvaltningen för funktionshindrade har "Rutin för basal hygien" upprättats.

Samtliga rutiner avseende läkemedelshandling är uppdaterade och är nu gemensamma för Vård och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionshindrade. Ett webbaserat besluts- och analysverktyget för läkemedelsbehandling, miniQ, är implementerat på vård och omsorgsboende och ska användas som stöd vid läkemedelsgenomgång.

Ett gemensamt arbete med vårdplaneringsprocessen för slutenvården, primärvården och kommunen har genomförts. Arbetet har resulterat i samsyn, en rapport samt en åtgärdslista. Samordnare och införandepersoner har utsetts för införande av systemet Lifecare som ersätter Meddix som verktyg för vårdplanering. Arbetet har genomförts för att skapa förutsättningar för att bli producenter i den sammanhållna journalen (NPÖ).

- Antal sökningar i NPÖ har ökat. Det var under året 26 453 sökningar, vilket är 8 058 fler än förra året. Nu loggar arbetsterapeuter och sjuksköterskor in i NPÖ i medeltal mer än 70 ggr varje dag.

Kvalitetsuppföljningar har genomförts på 10 utförare av omvårdnad och 4 vård och omsorgsboenden. Underlag för egenkontroll genom självskattning samt underlag för kollegial journalgranskning har tagits fram. Inom Vård och omsorgsförvaltningen samt Förvaltningen för funktionshindrade är egenkontrollen inlagd i kvalitetsledningssystemet och kan kontinuerligt följas på olika nivåer. Utbildning i avvikelseprocessen har genomförts till alla enhetschefer i Förvaltningen för funktionshindrade samt påbörjats inom Vård och omsorg.

- 98 av 129 enheter/verksamheter har redovisat svar på egenkontrollen genom självskattning.
- Antal avvikelser har ökat. Ökningen är fram för allt i Förvaltningen för funktionshindrade med 2 032 fler registrerade avvikelser än förra året. Störst är ökningen avseende ”Läkemedel” och ”Fördröjd eller utebliven vård, omsorg eller stöd”. Detta beror sannolikt på ökad medvetenhet om registrering, men också på svårigheter att bedöma vad som är en avvikelse.

Struktur för en webbaserad introduktionsutbildning i rehabiliterande arbetssätt med fokus på vardagsrehabilitering har utarbetats. Webbutbildning i palliativ vård (GRADE) har gjorts tillgänglig för alla enheter/verksamheter. Kompetensutveckling i personcentrerad vård vid demenssjukdom och implementering av BPSD-registret har i första hand erbjudits de enheter som sedan tidigare är anslutna till registret, men inte kommit igång med arbetssättet.

Prioriterade mål i patientsäkerhetsarbetet 2017

Kvalitetssäkring av riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården.

Övergripande riktlinje om rehabilitering ska utarbetas och de kommunala riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska revideras. Egenvårdsbedömning enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska finnas för de personer som har hjälp av kommunal personal att utföra egenvård

Kvalitetssäkring av den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen.

Bedömningar av aktivitetsförmåga och den enskildes målsättningar ska finnas till grund för teamet i ett rehabiliterande arbetssätt. Vid risk för fall ska analys av bakomliggande orsak ingå i riskbedömning samt vid analys efter fallhändelse. Läkemedelsgenomgång på vård och omsorgsboende ska göras med stöd av miniQ. Digital signering ska införas i hela vård- och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade. Den personcentrerade vården för personer med demenssjukdom ska utvecklas.

Kvalitetssäkring av samverkan och informationsöverföring internt och externt.

Kontaktvägar inom Örebro kommun och mellan Örebro kommun och annan vårdgivare ska säkerställas. Relevant dokumentation ska finnas i statusmeddelandet i systemet för vårdplanering. Samordnad individuell plan (SIP) ska användas vid behov av samordning av insatser och ”Nationell patientöversikt” (NPÖ) ska användas av legitimerad personal för att inhämta information vid övertagande av vårdansvar och fortlöpande. Örebro kommun ska ha tillgång till den nya modulen för hjälpmedelsförskrivning för förskrivare när den är färdig.

Kvalitetssäkring av det systematiska förbättringsarbetet och säkerställande av den systematiska uppföljningen av hälso- och sjukvården.

Struktur och forum för återkoppling av uppföljning och resultat i verksamheten ska fastställas. Utbildning i hälso- och sjukvårdsfrågor för enhetschefer ska utföras. Riktlinjer, rutiner och metodstöd för avvikelseprocessen ska revideras.

Kvalitetssäkring av kompetens inom hälso- och sjukvård - legitimerad personal samt utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser.

All bas/omvårdnadspersonal ska genomgå introduktionsutbildning i vardagsrehabilitering. De basala hygienriktlinjerna ska vara kända och följas av alla medarbetare. ”Rutin vid försämrat hälsotillstånd och oväntat dödsfall inom kommunal hälso- och sjukvård” ska vara kända och följas av alla. Webbutbildning i palliativ vård GRADE ska genomföras av all personal inom vård och omsorg och all personal på HSE samt personal på enheter som kommer i kontakt med personer i behov av palliativ vård inom Förvaltningen för funktionshindrade.

Innehåll

Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Förändrad organisation inom vårdgivaren Örebro kommun	6
Ansvarsfördelning	6
Struktur för systematisk uppföljning	8
Kvalitetsuppföljning	8
Egenkontroller	9
Hantering av avvikelser samt vårdskadeutredning	11
Sammanställning av ärenden som hanterats av medicinskt ansvariga	15
Riskanalyser	17
Samverkan, vårdplanering och informationsöverföring	17
Regional samverkan	18
Samverkan vid planering av vård och omsorg – vårdplaneringsprocessen	18
Samordnad individuell plan (SIP)	19
Sammanhållen journal, NPÖ	19
Samordning och teamsamverkan	21
Dokumentation hälso- och sjukvård	21
Rehabilitering	22
Aktivitets- och funktionsbedömning	25
Bostadsanpassning	25
Medicintekniska produkter	26
Riskförebyggande vård och omsorg	26
Riskbedömning med stöd av Senior alert	26
Risk för fall och fallhändelser	29
Skydds- och begränsningsåtgärder	30
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner	32
Läkemedelshantering och läkemedelsbehandling	33
Rutiner för läkemedelshantering	33
Läkemedelsgenomgångar	33
Digital signering	34
Delegering av läkemedelshantering	35
Uppföljning av Läkemedelsindikatorer för äldre	36
Försämrat hälsotillstånd och klinisk bedömning	37
Egenvård	39
Palliativ vård	39
Demenssjukdom och kognitiv svikt	41
Psykisk hälsa och ohälsa	43
Psykiatrisk hemsjukvård	43
Rätt psykiatrisk vård	44
Suicidprevention	45
Övergripande mål och strategier kommande år	46
Prioriterade målområden och strategier för patientsäkerhet 2017	46

Övergripande mål och strategier

Övergripande målsättning inom vårdgivaren Örebro kommun är att erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering som bygger på den enskildes delaktighet.

Prioriterade målområden och strategier för patientsäkerhet 2016 var:

- Kvalitetssäkring av riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården.
 - Utveckla struktur för kommunens övergripande riktlinjer och rutiner som medicinskt ansvariga för.
- Kvalitetssäkring av den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen.
 - Säkerställa den enskildes delaktighet. Utveckla en personcentrerad och vård och rehabilitering utifrån den enskildes mål.
 - Utveckla metodstöd vid utredning/kartläggning av behov för att uppnå den enskildes mål.
 - Utveckla det riskförebyggande arbetet med fokus på fall.
 - Säkerställa att skydds- och begränsningsåtgärder används på ett riktigt sätt.
 - Säkra hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån den individuella processen och öka kvaliteten på dokumentationen.
- Kvalitetssäkring av samverkan och informationsöverföring internt och externt.
 - Säkerställa teamsamverkan kring den enskilde både internt och externt.
 - Säkra informationsöverföring i verksamhetssystemen i hela vårdkedjan Meddix, Meddix öppenvård (SIP), NPÖ, Pascal, TES och Treserva.
- Kvalitetssäkring av det systematiska förbättringsarbetet och säkerställande av den systematiska uppföljningen av hälso- och sjukvården.
 - Fortsätta utveckla analys av resultat och återkoppling till verksamheten.
 - Utveckla det systematiska och strukturerade arbetet med självskattning och egenkontroll på enhetsnivå.
 - Fortsätta utveckla analys av avvikelser
- Kvalitetssäkring av kompetens inom hälso- och sjukvård - legitimerad personal samt utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser.
 - Säkerställa strategisk kompetensförsörjning inom vardagsrehabilitering, förflyttning, läkemedelsbehandling/hantering, demensvård, palliativ vård och psykisk ohälsa.
 - Ökad medvetenhet om smittspridning och basal hygien.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet i Örebro kommun bedrivs på tre nivåer.

Individnivå är den legitimerade personalens yrkeskompetens och patientens delaktighet. All behandling ska vara målrelaterad och säkras genom uppföljning. Strukturer för planering och uppföljning på individnivå finns i vårdplanerna i hälso- och sjukvårdsjournalen och avvikelshanteringen.

Enhetsnivå är självskattning som enheterna bedriver runt patientsäkerhet. Enheterna gör också egenkontroller och analyser som underlag för förbättringsarbete på enhetsnivå och redovisar sina resultat, analyser och förbättringsåtgärder i patientsäkerhetsarbetet vid delår och årsbokslut.

Övergripande nivå är analyser som görs av medicinskt ansvariga i syfte att skapa underlag för förbättringsarbete i samband med årscykelarbetet. Medicinskt ansvariga sammanställer resultat och gör övergripande analyser som redovisas i nämnder och i patientsäkerhetsberättelsen.

Förändrad organisation inom vårdgivaren Örebro kommun

Medicinskt ansvariga är sedan 2016 förflyttade i organisationen från Vård och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionshinder och tillhör nu Myndighetsavdelningen under Kommunstyrelseförvaltningen. Detta är en del i anpassningen till att Örebro kommun som vårdgivare har fler utförare än kommunen och därmed behöver medicinskt ansvariga ha en konkurrensneutral placering.

Förflyttning av medicinskt ansvariga i organisationen innebär att en ny struktur med förändrade roller, ansvar och samverkan behöver utvecklas. Patientsäkerhetsarbetet berör fyra nämnder, Vård- och omsorgsnämnd väster, Vård- och omsorgsnämnd öster, Nämnden för funktionshindrade och Programnämnd Social välfärd.

Vårdgivaren Örebro kommun innefattar utöver egenregin externa utförare av omvårdnad, personlig assistans och entreprenad av boenden.

Organisationsförändring har pågått under hela året för hemvården som från 2017 får en ny organisation med bland annat en centraliserad hemsjukvårdsorganisation. Detta ett led i att anpassa verksamhet till utvecklingen med fler utförare av vård och omsorg men också för att kunna möta de effektiviseringskrav som ställs på vård Sverige.

Riktlinjer och rutiner

För att säkerställa att styrdokument och vägledning om hälso- och sjukvård finns tillgängliga för samtliga utförare ska alla aktuella dokument finnas tillgängliga på www.orebro.se. Arbeta med en ny hemsida "Hälso- och sjukvård – för utförare" har pågått under hösten och dokumenten planeras att flyttas från intranätet och andra platser under 2017.

Ansvarsfördelning

Nämnderna

Nämnderna ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnderna ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram och fastställa rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvariga (MAS/MAR)

De medicinskt ansvariga ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att fastställa riktlinjer och övergripande rutiner, följa upp resultat och identifiera prioriterade förbättringsområden i verksamheten. Medicinskt ansvariga har också ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt ansvarar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador och göra anmälningar enligt lex Maria.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för egenkontroller och analyser på enhetsnivå och att riktlinjer och rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för att tillsammans i teamet skapa lokala rutiner i sin verksamhet som är upprättade med övergripande riktlinjerna som grund. Enhetschefen är också ansvarig för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. All personal ansvarar också för att bidra till analys och förebyggande av vårdskador/missförhållanden.

Särskilda funktioner med spetskompetens

Inom vårdgivaren Örebro kommun finns hälso- och sjukvårdspersonal med speciell funktion att samordna och att driva utveckling inom specifika områden. Hit hör:

- **Dietist** med uppdrag att utveckla mat, måltid och nutrition finn inom Vård och omsorgsförvaltningen. Uppbyggnad av kostombud per enhet med kontinuerlig utbildning och nätverksträffar är en del i arbetet liksom att höja sjuksköterskors kompetens avseende utredning och behandling vid risk för undernäring.
- **Förflyttningsinstruktörer.** Åtta arbetsterapeuter är specialutbildade instruktörer i förflytningsteknik, de ansvarar för material och undervisning för tredagarsutbildningen.
- **Handrehabilitering.** Tre arbetsterapeuter har avsatt 10 % arbetstid för uppdraget att behandla personer med handskador utifrån den överenskommelse som finns i länet. Patientgruppen kommer via remisser från läkare.
- **Hjälpmedelkonsulenter.** Kommunens omvårdnadshjälpmedel har spetskompetens i form av 125 % hjälpmedelskonsulent.
- **Internutbildare i HSL dokumentation.** 10 % av tjänst, för två arbetsterapeuter och två sjuksköterskor, finns avsatt för uppdrag som internutbildare i dokumentation och verksamhetens dokumentationssystem.
- **LMG samordnare nätverket.** En sjuksköterska per enhet med uppdrag att stödja enheten och utveckla arbetet med läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar. Nätverket leds av MAS
- **Palliativa vårdsamordnarna** undervisar i palliativ vård för alla yrkeskategorier och erbjuder handledning och rådgivning till de olika enheterna inom Vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade. En del av palliativa vårdsamordnarens uppdrag är att i samband med utskrivning från sjukhuset samordna planeringen av hälso-, sjukvård- och/eller omsorgsinsatser för personer som har behov av palliativ vård. De samarbetar också med palliativa sektionen på USÖ. Palliativ vårdsamordnare har delegation att fatta beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL).
- **Samordning av rehabilitering i hemmet** Det finns utsedda arbetsterapeuter i hemvården som arbetar med samordning av rehabilitering i hemmet. Deras uppdrag är att stödja sina kollegor och deras teammedlemmar att utveckla rehabilitering i hemmet. Sammanställning av statistik och utveckling av undervisningsmaterial och undervisning om rehabilitering i hemmet utförs av samordnarna.
- **Utskrivningssamordnare.** Vårdplaneringen på sjukhuset genomförs av en yrkeskategori som vi kallar utskrivningssamordnare. Det är sjuksköterskor och arbetsterapeuter som tar emot ansökan om insatser från den enskilde och planerar för den första tiden efter sjukhusvistelsen. De bedömer och fattar beslut enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Biståndshandläggarna följer upp insatserna efter fyra veckor.
- **Hygiensjuksköterska.** En gemensam resurs för Örebro läns 12 kommuner och kan inom ramen för sin profession erbjuda kommunen råd, handledning och utbildning. Sjuksköterskan har sin arbetsplats på smittskyddsenheten inom Regionen och har då tillgång till experter inom området som läkare och andra hygiensjuksköterskor.

Struktur för systematisk uppföljning

Systematisk uppföljning genomförs genom kvalitetsuppföljning, egenkontroller samt sammanställning och analys av klagomål, synpunkter och rapporterade händelser i avvikelssystemet. Medicinskt ansvariga sammanställer resultat i patientsäkerhetsberättelsen som redovisas i nämnderna. Återkoppling av resultat och analyser görs till ledning, verksamhetschefer och enhetschefer.

På enhetsnivå, verksamhetsnivå och förvaltningsnivå genomförs systematisk uppföljning, analys och planering av förbättringsåtgärder i årscykelarbetet med delårsbokslut, årsbokslut och verksamhetsplaner. Alla utförare ansvarar för att ha ett eget kvalitets- och ledningssystem.

Mål 2016

Att utveckla och kvalitetssäkra det systematiska förbättringsarbetet och säkerställa den systematiska uppföljningen av hälso- och sjukvården har varit prioriterat 2016. En målsättning har varit att fortsätta utveckla analys av resultat och återkoppling till verksamheten.

Åtgärder

- Under 2016 har en utveckling av den övergripande systematiska uppföljningen gjorts genom underlag för egenkontroll för vårdgivaren Örebro kommun.
- Inom Vård och omsorgsförvaltningen samt Förvaltningen för funktionshindrade har ett kvalitetsledningssystem med IT-stöd utvecklats. I kvalitetsledningssystemet registreras den systematiska uppföljningen och kan kontinuerligt följas på olika nivåer.

Analys

Varje förvaltning/utförare behöver utveckla och säkerställa den systematiska uppföljningen i sitt kvalitetsledningssystem och i samband med sitt årscykelarbete. Den övergripande systematiska uppföljningen som görs av medicinskt ansvariga och uppföljningen på förvaltnings/verksamhetsnivå behöver samordnas på ett bra sätt.

Återkoppling av övergripande resultat och analyser planeras till ledning och verksamhet vid förekommande forum, men struktur för återkoppling till verksamheten är ett fortsatt utvecklingsområde.

Mål 2017

- Att samordna den övergripande systematiska uppföljningen som görs av medicinskt ansvariga och uppföljningen på förvaltnings/verksamhetsnivå.
- Utveckling av ett systematiskt arbetssätt med fastställd struktur och forum för återkoppling till verksamheten.

Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning utförs av Upphandlings- och uppföljningsenheten i samverkan med medicinskt ansvarigas.

Kvalitetsuppföljningar genomförs av interna och externa vård och omsorgsboenden och av samtliga utförare av omvårdnads- och servicetjänster efter ett fastställt schema. En mall med självskattningsunderlag sammanställs av verksamheten innan granskningen. Verkställighetsjournal, hälso- och sjukvårdsjournal, avvikelser och andra relevanta dokument granskas av uppföljningsteamet innan uppföljningen. Granskningen genomförs på plats hos utföraren och en diskussion förs om styrkor och svagheter. Granskningen genomförs enligt samma metod för alla utförare. En rapport sammanställs och redovisas till enheten och till nämnd och är ett underlag i enhetens förbättringsarbete. Denna rapport finns publicerad på orebro.se

Under 2017 planeras att starta upp kvalitetsuppföljning i särskilda boenden för personer med funktionshinder. Första granskningen ska utföras under våren 2017 för en extern utförare som bedriver en gruppbostad.

Åtgärder

Under 2016 har det genomförts 14 kvalitetsuppföljningar av omvårdnads samt på vård och omsorgsboende inom Vård och omsorg.

Granskade enheter

Omvårdnad		Vård- och omsorgsboende
Almby-Brickebacken	Livskvalitet	Adolfsbergshemmet
Aktiva Assistans	Nesrin Assistans	Elgströmska huset
Brolyckan	Norrby	Hagagården
Gullpiggen	Varberga	Södermalms hemmet
Humana	Örebro Omsorg	

Analys

En sammantagen analys visar förbättringsområden inom dokumentation, avvikelseprocessen och samverkan/kommunikation mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Det rehabiliterande arbetssättet behövs förbättras och de basala hygienrutinerna efterföljas. Grundkompetensen hos personalen varierar, även chefernas kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet visar stor variation. Därför har en utbildning i hälso- och sjukvårdsfrågor utarbetats av medicinskt ansvariga och kommer att starta 2017.

Kravet är att 85 % av omvårdnadspersonalen ska vara utbildade undersköterskor och utförarna har svårt att nå upp till detta. Det får konsekvensen att legitimerad personal har svårt att instruera och delegera arbetsuppgifter till personalen.

Den nya organisationen i hemvården ställer krav på forum för dialog mellan omvårdnadspersonal och legitimerade. Samarbetet legitimerad personal och mellan utförare behöver säkerställas.

Mål 2017

- Genomföra utbildning i hälso- och sjukvårdsfrågor för enhetschefer.
- Säkerställa former för samverkan mellan externa utförare och legitimerade yrkesgrupper

Egenkontroller

Vårdgivaren ska enligt lagstiftningen utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Mål 2016

Att utveckla det systematiska och strukturerade arbetet med självskattning och egenkontroll på enhetsnivå har varit en prioriterad målsättning 2016.

Åtgärder

Underlag för egenkontroll genom självskattning samt underlag för kollegial journalgranskning har tagits fram och arbete med att fastställa indikatorer och följemått för hela vårdgivaren Örebro kommun har påbörjats.

• Självskattning

Systematiskt återkommande självskattning genom ”Egenkontroll Trygg och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering” har lagts in i Vård och omsorgs och Förvaltningen för funktionshindrades IT-baserade kvalitetsledningssystem och kan följas kontinuerligt. Övriga utförare redovisar sitt resultat till medicinskt ansvariga en gång om året. Självskattningen ger i första hand underlag på enhetsnivå för att identifiera förbättringsområden och styrkor. Handlingsplaner ska upprättas för identifierade förbättringsområden. Resultaten ger också sammantaget en bild av kvaliteten och patientsäkerheten på övergripande nivå.

• Kollegial journalgranskning

Systematiskt återkommande kollegial journalgranskning ska genomföras genom ”Egenkontroll hälso- och sjukvårdsdokumentation”. Egenkontrollen har genomförts på alla enheter där legitimerad personal finns och den redovisas en gång om året till medicinskt ansvariga.

- **Fördjupad uppföljning**
På förekommen anledning, som införande av nya rutiner, identifierat utvecklingsområde eller riskområde genomförs särskild uppföljning genom t.ex. självskattning, enkätundersökning, intervju, journalgranskning samt observationer.
- **Indikatorer och följemått**
Inom olika områden följs systematiskt resultat ur statistik från kvalitetsregister och utdata ur verksamhetssystem för fastställda indikatorer och följemått. Flera indikatorer utgår ifrån nationellt fastställda indikatorer. Genom sammanställning och analys av resultaten identifieras styrkor och förbättringsområden både på enhetsnivå och övergripande nivåer. Resultaten ger också underlag för jämförelse med tidigare resultat och öppna jämförelser.
- **Punktprevalensmätning**
Punktprevalensmätning av trycksår och fall samordnas nationellt årligen vid två tillfällen. Kvalitetsregistret Senior alert används som verktyg vid genomförandet.
- **Svenska HALT**
Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Verktyget för genomförandet är Senior alert. Mätning sker på valfri dag under vecka 46–47 (13 till 26 november).
- **Externa kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsförråd**
Kvalitetsgranskning av hantering och förvaring av läkemedel genomförs av Apoteket AB.

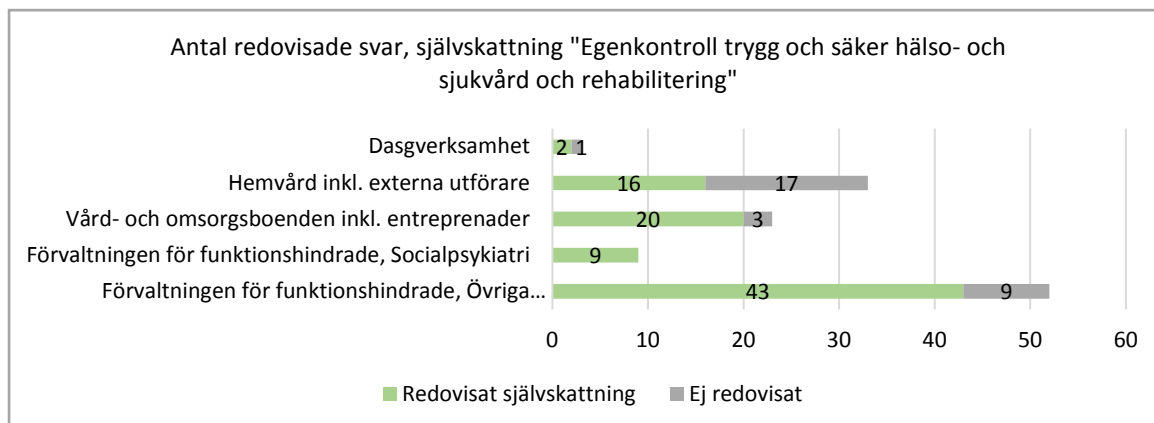
Sammanställning av egenkontroll 2016

	Egenkontroll typ	Källa	Omfattning
Avvikelsehantering	Följemått	Journalssystem (Treserva, TQM)	4 ggr/år
	Indikator	Journalssystem (Treserva, TQM)	4 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Samverkan, vårdplanering och informationsöverföring	Följemått	NPÖ	2 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	Kollegial journalgranskning	Journalssystem (Treserva, Safe Doc)	1 ggr/år
Kompetens	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Rehabilitering	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Risikoförebyggande vård- och omsorg	Punktprevalensmätning	Senior alert, Journalssystem	
	Indikatorer	Senior alert	2 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Skydds- och begränsningsåtgärder	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
	Fördjupad uppföljning	Enkät	1 ggr
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
	Svenska HALT	Senior alert	1 ggr/år
Läkemedelshantering och -behandling	Indikatorer	Journalssystem, miniQ	2 ggr/år
	Fördjupad uppföljning	miniQ	1 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
	kvalitetsgranskning	Apoteket AB	1 ggr/år
Försämrat hälsotillstånd och klinisk bedömning	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Palliativ vård	Indikatorer	Svenska palliativregistret	2 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år
Demenssjukdom och kognitiv svikt	Indikatorer	BPSD-registret	2 ggr/år
	Följemått	BPSD-registret	2 ggr/år
	Självskattning	Kvalitetsledningssystem	1 ggr/år

Resultat av egenkontrollen finns redovisad under respektive områden.

Resultat

Självskattning ”Egenkontroll trygg och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering” har redovisats av 90 enheter av 120 enheter.



Inom hemvården har 75 % av de externa utförarna och 24 % av enheterna i egenregi redovisat självskattningen (senast feb 2017).

”Egenkontroll hälso- och sjukvårdsdokumentation” har redovisats av 26 enheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Indikatorer och följemått

Resultat för några indikatorer saknas på grund av bristande dataunderlag

Fördjupad uppföljning

Fördjupad uppföljning har genomförts inom områdena skydds- och begränsningsåtgärder och samverkan.

Analys

Den systematiska uppföljningen har utvecklats genom en tydligare gemensam struktur av egenkontroll för hälso- och sjukvård inom hela värdgivaren Örebro kommun.

Då dataunderlag från verksamhetssystemet Treserva inte kunnat säkerställas som tillförlitliga, saknas underlag för beräkning av flera indikatorer. Detta leder till minskad möjlighet att använda resultaten i förbättringsarbete.

Mål 2017

- Resultat från egenkontroll genom självskattning ska finnas redovisad från alla enheter/utförare.
- Säkerställa utdata för indikatorer

Hantering av avvikelser samt vårdskadeutredning

Följande struktur finns för hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser:

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som rör den enskildes vård och omsorg registreras och hanteras som avvikelser i avvikelsemodulen i journalsystemet eller kan lämnas in muntligt, skriftligt eller skrivas in på kommunens hemsida.

I första hand ansvarar enhetschef för att utreda klagomål. Lex-Sara rapport skrivs då klagomålet eller synpunkten bedöms röra sig om ett missförhållande eller risk för missförhållande. Gäller det hälso- och sjukvård sänds det till medicinskt ansvariga som utreder klagomålet. Återkoppling ges till den enskilde och berörd enhet och information lämnas till förvaltningsledning och nämnd.

Den enskilde kan också vända sig till Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som sänder ärenden till vårdgivaren där Medicinskt ansvarig gör en utredning, bedömer, informerar och återkopplar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Händelser rapporteras och registreras som avvikelser i verksamhetssystemet. Avvikelseanalyseras i teamsamverkan, där enhetschef har huvudansvar. Analysen görs förenklat, vid lindriga och enstaka händelser eller fördjupat, vid allvarigare händelser eller då risken att liknande händer igen bedöms som stor. Samverkan med andra berörda ska ske när behov finns.

Avvikelseanalyser som rapporteras och som berör annan vårdgivare delges av medicinskt ansvariga till den berörda vårdgivaren. När svar kommer återkopplas det till rapporterande enhet.

Avvikelseanalyser som inkommer från annan vårdgivare utreds och återkopplas av medicinskt ansvariga.

Utredning av vårdskador och allvarliga vårdskador

Vid händelser som teamet bedömer vara allvarliga kontaktas medicinskt ansvariga för djupare utredning och bedömning av vårdskada. Medicinskt ansvariga genomför internutredning, bedömer allvarlighetsgrad och ev. anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Beslutade åtgärder följs upp och uppföljning av åtgärder redovisas till verksamhetschef och ev. nämnd av medicinskt ansvariga.

Analys och sammanställningar av mönster och trender

Enhetschefen ansvarar för att följa upp avvikelserna på enhetsnivå och titta på mönster och trender. Medicinskt ansvariga redovisar övergripande statistik och analys i Patientsäkerhetsberättelsen i nämnden.

Mål 2016

Att öka andel avvikelser som analyserats vad gäller allvarlighetsgrad har varit en prioriterad målsättning 2016.

Åtgärder

- Medicinskt ansvariga har under 2016 genomfört utbildningstillfällen om hantering och analys av avvikelser, riktade till enhetschefer.

Resultat

Andel avvikelser med bedömd allvarlighetsgrad

56 % av alla avvikelser som registrerats i Tresa (1/12 2015-30/11 2016) är bedömda vad gäller allvarlighetsgrad.

Detta kan jämföras med 2015 då det i Förvaltningen för funktionshindrade var 19 % och i Vård och omsorg 38 %. *(På grund av osäkerheter i statistiken, kan inte resultat för denna indikator presenteras på enhets- eller verksamhetsnivå.)*

Självskattning

71 enheter (84 %) av de 85 enheter som svarat (av 120) har angett ja på frågan: ”Hanteras avvikelser där ni analyserar vad som har hänt, bakomliggande orsaker, allvarlighetsgrad och sannolikhet samt omedelbara och långsiktiga åtgärder?”

Bland externa utförare av omvårdnad är det i självskattningen lägre andel som anger att de hanterat och analyserat alla avvikelser. Flera av dem anger att det är otydligt hur ansvarsfördelningen är och hur analysen ska göras i avvikelsemodulen samt att återkommande utbildning behövs.

Antal avvikelser inom olika kategorier

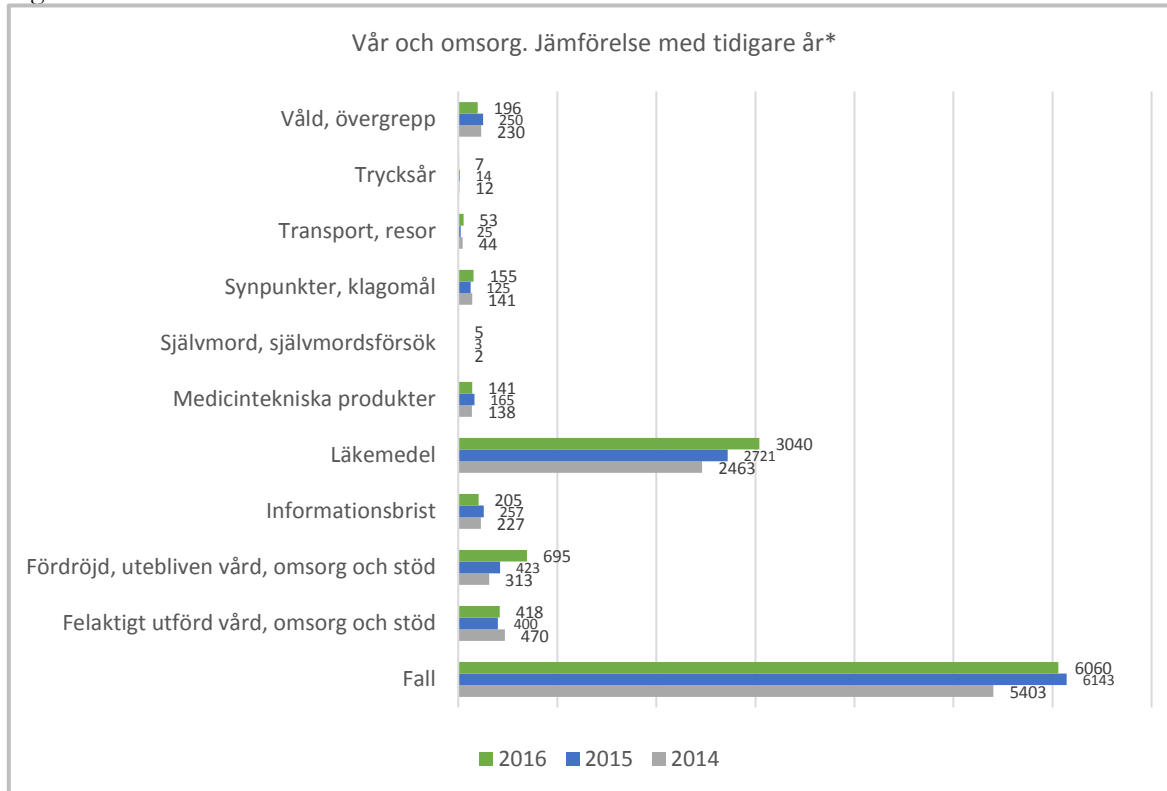
Totalt är 17 399 avvikelser registrerade inom vårdgivaren Örebro kommun.

– Vård och omsorg

Inom vård och omsorg (inkl externa utförare och entreprenader) har totalt 11 430 avvikelser registrerats.

Avvikelseområde	Vård och omsorgsboende egenregi	Vård och omsorgsboende entreprenad	Dag-verks.	Larmorg.	Nattorg.	Hemvård egenregi	Hemtjänst ext.utf.	totalt
Fall	3146	153	14	1373	950	510	67	6213
Felaktigt utförd vård, omsorg och stöd	179	65	2	7	16	193	21	483
Fördröjd utebliven vård, omsorg och stöd	201	15	7	13	59	389	26	710
Informationsbrist	64	13	3	5	44	79	10	218
Läkemedel	1675	172	17	4	25	1221	98	3212
Medicintekniska produkter	100	7	3	1	1	32	4	148
Självmod, självmordsförsök	5							5
Synpunkter, klagomål	64	13	3	5	10	59	14	168
Transport, resor	6	1	39	2		6		54
Trycksår	7	1						8
Våld, övergrepp	184	15	2			6	4	211
totalt	5631	455	90	1410	1105	2495	244	11430

De vanligaste avvikelserna är Fall, som utgör 54 % följt av Läkemedel som utgör 28 % av de registrerade avvikelserna



*avvikelser registrerade av entreprenaderna är inte med i jämförelsen med tidigare år.

Antal registrerade avvikelser har ökat med 449 stycken sedan 2015.

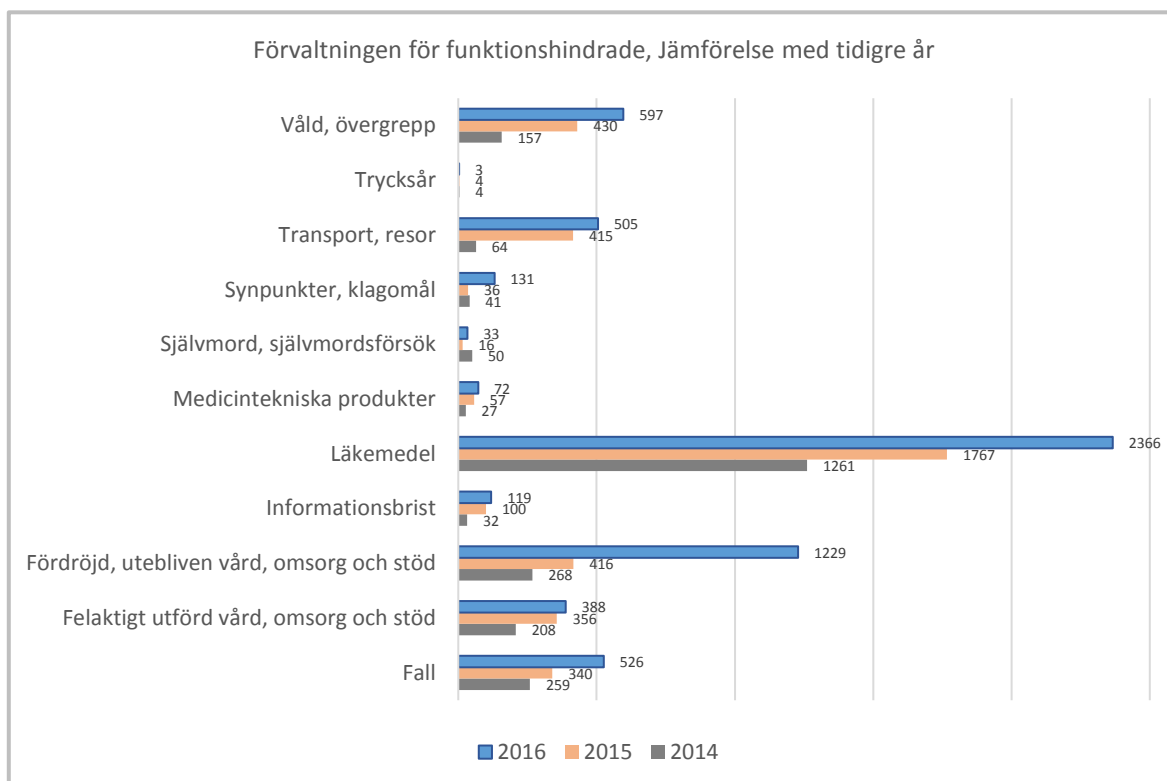
Mest har Läkemedel ökat med 12 % (319 st.) och Fördröjd, utebliven vård, omsorg och stöd med 64 % (272 st.).

– Förvaltningen för funktionshindrade

Inom förvaltningen för funktionshindrade har totalt 5969 avvikelser registrerats.

Avvikelseområde	Social psykiatri	Grupp- och Servicebostad	Daglig verksamhet	Barn- och ungdom	Personlig assistans	HSE	Övriga	Totalt
Fall	58	378	58	3			29	526
Felaktigt utförd vård, omsorg och stöd	106	233	23				26	388
Fördröjd, utebliven vård, omsorg och stöd	458	721	30	2	2	1	15	1229
Informationsbrist	29	78	4			2	6	119
Läkemedel	606	1573	5	47	1	1	133	2366
Medicintekniska produkter	10	47	5	4	2		4	72
Självmod, självmordsförsök	19	14						33
Synpunkter, klagomål	28	93	9				1	131
Transport, resor	7	129	206	96			67	505
Trycksår		3						3
Våld, övergrepp	47	380	67	13			90	597
totalt	1368	3651	407	165	5	4	369	5969

De vanligaste avvikelserna är Läkemedel, som utgör 40 % följt av Fördröjd, utebliven vård, omsorg och stöd som utgör 21 % av de registrerade avvikelserna.



Antal registrerade avvikelser har ökat med 2032 stycken sedan 2015. Mest har Fördröjd, utebliven vård, omsorg och stöd med 195 % (813 st.) och Läkemedel ökat med 34 % (599 st.).

Analys

Andelen avvikelser med bedömd allvarlighetsgrad har ökat betydligt. Avvikelseprocessen är ett fortsatt utvecklingsområde, bland annat ses en skillnad på det resultat som självskattningen visar och resultatet från indikatorn andel avvikelser med bedömd allvarlighetsgrad.

Att antalet avvikelser ökar i förvaltningen för funktionshindrade beror sannolikt på ökad medvetenhet beroende på utbildningsinsatser om avvikelsehantering. Vid utbildningstillfällena har det framkommit att det ibland är svårt för personal att bedöma vad som är en avvikelse. Detta leder till otydlighet och att olika tolkningar görs om vad som är en avvikelse eller inte. Medicinskt ansvariga ser behov av och arbeta vidare med och revidera det material som finns kopplat till avvikelseprocessen.

Mål 2017

- Revidera riktlinjer, rutiner och metodstöd för avvikelseprocessen.
- Säkerställa utbildning i avvikelsehantering
- Alla avvikelser ska vara analyserade gällande allvarlighetsgrad.

Sammanställning av ärenden som hanterats av medicinskt ansvariga

Ärenden	Förvaltningen för funktionshindrade	Vård och omsorg Öster och Väster
Lex Maria	0	4
Internutredning medicinskt ansvariga	7	5
Begäran om yttranden från Inspektionen för vård och omsorg	0	2
Medicinskt ansvarig delaktiga i Lex Sara	0	2
Avvikelser skickade till andra vårdgivare	20	29
Klagomål	1	4

Lex Maria

Vård och omsorgsförvaltning öster

- Brister i uppföljning av utförd hälso- och sjukvårdsinsats och kommunikation mellan omvårdnadspersonal.
- Brist i kommunikation mellan vak och sjuksköterska vid palliativ vård.

Vård och omsorgsförvaltning väster

- Bristande kontroller av läkemedelsordinationer – felaktig behandling
- Bristande åtgärder vid symptom på försämrat hälsotillstånd

Internutredning medicinskt ansvariga

Förvaltningen för funktionshindrade:

- Fallskada som resulterade i allvarlig konsekvens för patienten. Ärendet skickat till vårdcentral.
- Fallskada vid fall från rullstol. Utredd i samverkan med privat utförare av personlig assistans.
- Ingen vårdplanering inför permission har skett. Ärendet skickas till Psykiatrien.
- Felaktigt utförd hälso- och sjukvård samt felaktigt iordningställande av läkemedel.
- Fördröjd och felaktig hälso- och sjukvård. Ärendet skickas till Psykiatrien.
- Felaktig läkemedelshantering. Ankommet klagomål från närstående. Ärendet skickat till neurologkliniken.
- Saknade narkotikaklassade läkemedel. Utredningen påvisade att det är oklart om det handlar om svinn. Troligare är att det handlar om slarv från enheten med signering av läkemedel samt brister i kontrollräkning.

Vård och omsorgsförvaltningen Öster:

- Utredning av läkemedelsavvikelse felaktigt iordningställd.
- Utredning om egenvård vid läkemedelshantering.

Vård och omsorgsförvaltningen Väster:

- Utredning av brister av verkställande av läkarordinationer
- Utredning av bristande symptomlindring vid livets slut
- Utredning av omfattande svinn av narkotika klassade läkemedel

Begäran om yttranden från Inspektionen för vård och omsorg**Vård och omsorgsförvaltningen Öster:**

- Begäran om handlingar och yttrande brister i läkemedelshandling.
- Begäran om handlingar och yttrande avseende brister i vården och omsorgen av en enskild.

Medicinskt ansvarig delaktiga i Lex Sara**Vård och omsorgsförvaltningen Öster:**

- Delaktig i lex Sara inom vård och omsorg hemvård Norrby

Avvikelser skickade till andra vårdgivare**Förvaltningen för funktionshindrade:**

- Självmordsförsök. Efter samtal med IVO skickas avvikelser till Psykiatri för ställningstagande till Lex Maria anmälan då de är behandlingsansvariga yrkesutförare. MAS överlämnade till verksamhetschef att ta ställning till Lex Sarah utredning.
- Fördröjd hälso- och sjukvård. Sju ärenden skickade till annan vårdgivare. Ett vardera till Vårdcentral, Vuxenhabiliteringen, Urologkliniken samt till Infektionskliniken. Tre ärenden skickade till psykiatri.
- Informationsbrist externt är kopplade till kallelse för SIP samt vårdplanering. Sex ärenden skickade till annan vårdgivare. Tre till psykiatri och ett vardera till Vuxenhabiliteringen, Beroendecentrum och Kirurgkliniken.
- Felaktig utförd hälso- och sjukvård. Två ärenden skickade till psykiatri.
- Läkemedel felaktigt i ordningställande. Två ärenden skickade till annan vårdgivare, Affektiva mottagningen och Neurologkliniken.
- Läkemedel, otydlig ordination. Ett ärende skickat till psykiatri.
- Brister i bemötande. Ett ärende skickat till vårdcentral.

Svar på ovan skickade avvikelser till annan vårdgivare har ankommit till kommunen från 15 av de 20 avvikelserna. Tre svar inväntas från psykiatri, ett från Vuxenhabiliteringen och ett från Urologkliniken. De berörda klinikerna har fått påminnelse om skriftlig återkoppling.

Vård och omsorgsförvaltningen Öster:

- Avvikelser visar på brister av information om läkemedel, kvarglömda elektroder, trycksår. Kallelser som skickats till fel person, bemötande av dement person. Nu läggs patienter från Örebro in på de tre sjukhusen i länet så avvikelser skrivs även till Karlskoga lasarett och Lindesbergs sjukhus.

Vård och omsorgsförvaltningen Väster:

- Avvikelser om brister i samband med utskrivning från USÖ (infartsnålar kvar vid hemkomst men ej rapporterade, felaktig information om aktuell läkemedelsbehandling, avdelning ej meddelat att patient skrivits ut, avdelning ej meddelat boende att patient avlidit, trycksår, mm.)

Klagomål**Förvaltningen för funktionshindrade:**

- Felaktig läkemedelshandling. Ankommet klagomål från närstående. Ärendet skickat till neurologkliniken

Vård och omsorgsförvaltningen Öster:

- Utförande av besvarande av larm.
- Utförande av hemsjukvård. Klagomål från anhörig.
- Utförande av omvårdnad på vård- och omsorgsboende
- Transport/resor. Ett klagomål i samband med färdtjänstresa sittande i rullstol. Skickats vidare till Länstrafiken.

Risikanalyser

Risikanalyser genomförs på olika nivåer i verksamheten. Åtgärder ska planeras och genomföras för att förhindra vårdskada, då risk har identifierats.

Individnivå

Risikanalyser ska göras på individnivå vid byte av vårdform, vid skydds- och begränsningsåtgärder och vid hälso- och sjukvårdsåtgärder som hjälpmedelsförskrivning och läkemedelsbehandling. Underlag för riskanalys finns i vårdplansstrukturen i hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid analys av avvikelser ska riskanalys genom bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad, enligt riskmatris alltid göras.

Enhetsnivå

Risikanalyser ska göras vid förändringar av enhetens verksamhet utifrån kommungemensamt verktyg. Inom Förvaltningen för funktionshindrade har rutin fastställts för riskanalys på individ- och gruppnivå. Arbetssättet bygger på att på brukarträffar genomföra riskanalyser regelbundet samt skapa handlingsplan utifrån identifierade risker.

Övergripande nivå

Risikanalyser ska göras vid övergripande förändringar av verksamheten samt vid årlig internkontroll på förvaltningsnivå utifrån kommungemensamt verktyg.

Under 2016 har inom Vård och omsorgsförvaltningen riskanalys kopplade till patientsäkerhet genomförts inför hemvårdens förändrade organisation. Den största risken som framkom var osäkerhet och otrygghet i organisationen bland medarbetare och brukare pga. att tre nya geografiska avdelningar skapas. Risken ska hanteras genom tydlig information med löpande informationstillfällen för medarbetarna samt tidplan för genomförande.

Risikanalys har också genomförts inför tillsättande av avdelningschefer på vård och omsorgsboende. Risker som framkom är bl.a. svårighet i att prioritera, otydliga mandat och att beslut inte blir effektiva. Detta ska bl.a. åtgärdas genom att tydliggöra vad som ingår i ”HSL-samordning”, information och kommunikation ut till medarbetare/personal samt att tydliggöra ansvar och mandat.

Inom dagverksamheten pågår åtgärder kopplade till tidigare gjord riskanalys pga. lång kö till dagverksamhet. Åtgärder som genomförts 2016 är bl.a. reviderad prioritetsordning, reviderad riktlinje och tydligt arbetssätt med överinskrivningar.

Samverkan, vårdplanering och informationsöverföring

För att säkerställa hälso- och sjukvårdsprocessen för den enskilde behövs samverkan och säker informationsöverföring inom teamet och mellan olika aktörer och vid övergången mellan olika vårdgivare.

Mål 2016

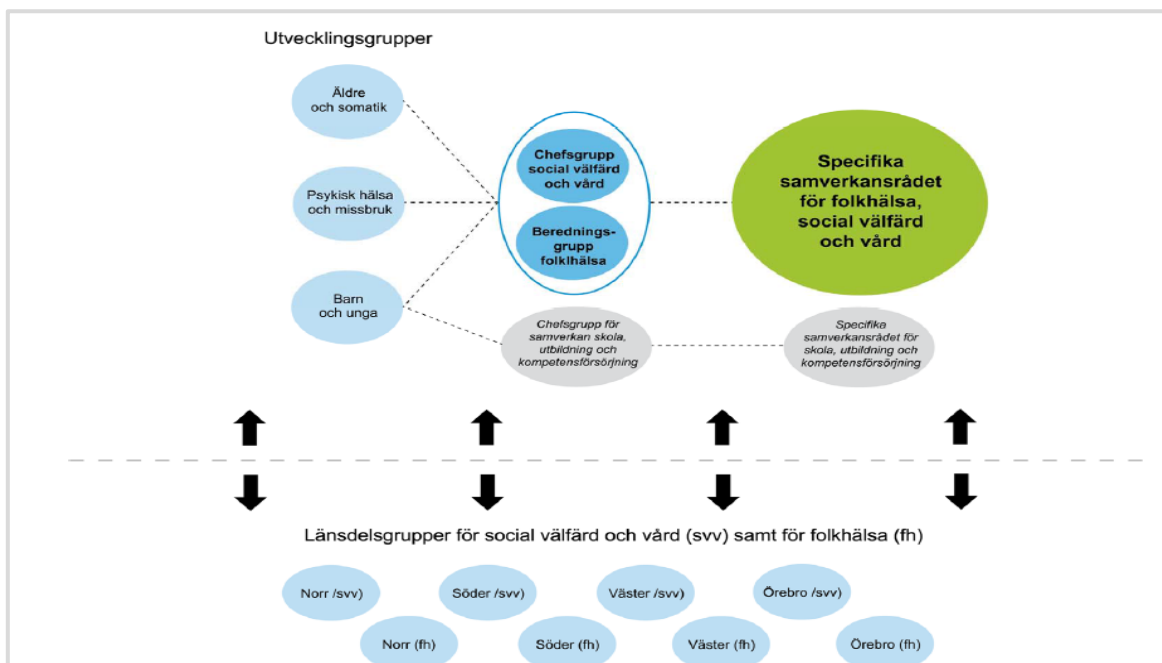
Att kvalitetssäkra samverkan och informationsöverföring internt och externt har varit prioriterat under 2016. Målsättning har varit att:

- Säkerställa samverkan kring den enskilde både internt och externt
- Säkra informationsöverföring i verksamhetssystemen i hela vårdkedjan Meddix, Meddix öppenvård (SIP), NPÖ, Pascal, TES och Treserva.

Regional samverkan

Örebro kommun är representerad i samverkansgrupper både på politisk och tjänstemannanivå i den regionala samverkanstrukturen.

Samverkanstruktur för folkhälsa, social välfärd och vård



Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län, enheten vård, välfärd och folkhälsa. Syftet med nätverket är att utveckla uppdraget som medicinskt ansvariga genom kollegialt stöd. Inspirera och lära av varandra genom kunskaps- och erfarenhetsutbyte och goda exempel. Vara ett forum för gemensamma ställningstaganden i kommunal hälso- och sjukvård mot målet en god och säker vård på lika villkor. Så långt möjligt patientsäkra processer o rutiner i länet.

En regional handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg för äldre¹ finns utarbetad i Örebro län för 2016-2018. De prioriterade områdena är: främja hälsa och förebygga ohälsa, förebyggande arbetssätt och rehabilitering, god psykisk hälsa, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling och god vård vid livets slut och en sammanhållen vård och omsorg,

Samverkan vid planering av vård och omsorg – vårdplaneringsprocessen

En trygg och säker vårdplaneringsprocess utgår från den enskildes perspektiv och kräver nära samverkan mellan vårdgivare, verksamheter och personal. Behovet av att se över den gemensamma processen grundar sig i att förutsättningar och arbetssätt ständigt förändras och utvecklas. Behov finns av att tydliggöra roller, rutiner och identifiera utvecklingsområden där vi kan arbeta med gemensamma förbättringsåtgärder.

Åtgärder

Ett gemensamt arbete om vårdplaneringsprocessen mellan slutenvården, primärvården och kommunen har genomförts och en rapport har sammanställts under 2016. Processkartläggning har utgått från vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell (Visam). Modellens tre delar består av beslutsstöd, säker utskrivning och samordnad individuell plan (SIP).

¹ Handlingsplan sammanhållen vård och omsorg för äldre i Örebro län 2016-2018.

<https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivare/VVF-sidan/Lansdelsspecifika-dokument/>

Resultat

Det gemensamma arbetet har resulterat i en samsyn mellan vårdgivarna för att öka den enskildes och anhörigas del i processen. För att förbättra samverkan har en lista sammanställts med identifierade åtgärder utifrån processkartläggningen. Säker utskrivning har tydliggjorts och används nu enligt rött, gult eller grönt spår efter Visams modell. Utskrivningssamordnarnas arbete har tydliggjort med en gemensam frågeguide.

Mål 2017

- Säkerställa kontaktvägar mellan utförare inom Örebro kommun samt från annan vårdgivare.
- Statusmeddelande ska dokumenteras i systemet för vårdplanering (Meddix, Lifecare) då personen är inskriven i kommunens hälso- och sjukvård.

Samordnad individuell plan (SIP)

En sammanhållen vård och omsorg innebär att helhetssyn och nära samarbete krävs över professions- och organisationsgränser. Det övergripande målet är att vård ska ges på rätt vårdnivå och att planering, samverkan och insatser sker utifrån den enskildes delaktighet och behov¹

Åtgärder

- Förvaltningen för funktionshindrade har under 2016 reviderat ”Rutin för administration av samordnade individuella planer (SIP), Meddix öppenvård”
- Samordnare och införandepersoner har utsetts för införande av Lifecare som ersätter Meddix som verktyg för vårdplanering.

Resultat

Självskattning

Inom Förvaltningen för funktionshindrade har 48 enheter (100 %) av de som svarat angett ja på frågan: ”Initierar ni till samordnad planering (SIP) för personer med komplexa problem för att samordna och få stöd då flera verksamheter eller vårdgivare är involverad”? 13 enheter har inte svarat på frågeställningen.

Inom vård och omsorg är det 62 % av de 32 enheter som svarat som svarar ja. 27 enheter har inte besvarat frågan. Av svaren framkommer från flera enheter behov av mer kunskap om SIP.

Analys

I förvaltningen för funktionshindrade har man sedan flera år en tydligt utarbetad struktur för SIP och man arbetar mer med SIP jämfört med vård och omsorg Medicinskt ansvariga får fram för allt inom vård och omsorg signaler på att SIP inte görs i den omfattningen som behovet kräver. Detta är ett fortsatt utvecklingsområde och införandet av Life care kan bli en ”nystart” för att implementering av SIP som arbetsmodell för samverkan kring den enskildes vårdbehov.

Mål 2017

- Planering med Samordnad individuell plan (SIP) ska användas i samtliga verksamheter vid behov av samordning av insatser för den enskilde med sammansatta behov.

Sammanhållen journal, NPÖ

I den sammanhållna journalen (NPÖ) kan Örebro kommuns arbetsterapeuter och sjuksköterskor, efter samtycke från den enskilde, ta del av journalanteckningar från annan vårdgivare.

Strax före årsskiftet 2015/2016 uppdaterades NPÖ till ny version. Övergången fungerade utan problem.

Åtgärder

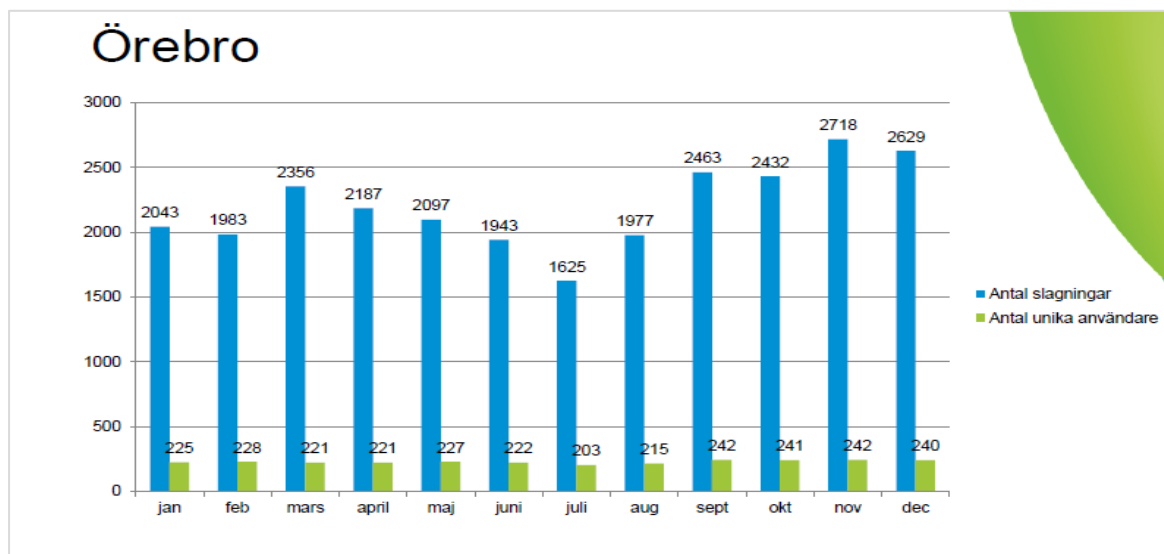
- Örebro är aktiva i utvecklingen av NPÖ genom att delta i den nationella referensgruppen för producenter i NPÖ. Utveckling pågår bl.a. om presentation av vårdplaner, ADL-bedömning och mätvärden.

- Örebro kommun har samverkat i projekt med företaget CGI (leverantör av journalsystemet Treserva) för att skapa förutsättningar för att bli producenter i NPÖ. Planering finns att under 2017 bli producenter i NPÖ.

Resultat

Antal slagningar i NPÖ under året är 26 453., vilket är 8 058 fler än förra året. 2014 gjordes 11 680 slagningar och 2015 gjordes 18 395.

Antal slagningar är nu i medeltal 2204 per månad, med lite färre slagningar under sommarmånaderna än övriga månader.



Mellan 221 och 242 unika användare loggar in i NPÖ varje månad. Det är i medeltal 227 per månad, vilket är 27 fler än förra året.

Analys

Användandet av den sammanhållna journalen som informationskälla har mer än fördubblats sedan 2014. Nu använder arbetsterapeuter och sjuksköterskor i Örebro kommun NPÖ mer än 70 ggr varje dag i medeltal. Genom att ta del av informationen i NPÖ säkerställs att kunskapen om den enskildes vård och behandling är så komplett som möjligt.

Att bli producenter i NPÖ ställer krav på att hälso- och sjukvårdsjournalen är strukturerad och uppdaterad med aktuell och relevant information för mottagaren. En mer standardiserad dokumentation med fasta planer med frastext och tydlig anvisningar om vad som ska dokumenteras är ett viktigt omställningsarbete som redan påbörjats under 2016.

Entreprenaderna har fortfarande inte tillgång till NPÖ vilket kan leda till en patientsäkerhetsrisk utifrån att regionen förväntar sig att vårdgivaren Örebro kommunen tar del av information om patienter i NPÖ.

Mål 2017

- Nationell patientöversikt (NPÖ) ska användas av legitimerad personal i kommunerna för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar samt fortlöpande för att ta del av anteckningar från annan vårdgivare, t.ex. läkare och fysioterapeuter.
- Samtycke till informationsöverföring genom sammanhållen journal ska finnas dokumenterat enligt rutin.
- Skapa ett informationsmaterial till den enskilde och till personal om att efterfråga samtycke.
- Entreprenaderna ska ha tillgång till NPÖ
- Örebro kommun ska bli producenter i NPÖ.

Samordning och teamsamverkan

Teamsamverkan, där den enskilde är en av flera aktörer, för utredning, planering, genomförande och uppföljning av vård och omsorgsinsatser utifrån den enskildes behov och mål ställer stora krav på samverkan och informationsöverföring under hela vårdprocessen.

Dagens organisation med många olika utförare av vård och omsorg och ett allt mer uppdelat ansvar mellan olika aktörer skapar risker för brister i både bedömning, genomförande och uppföljning av vården och omsorgen. Att skapa struktur och kultur för att säkerställa samverkan i alla led i den enskildes vård- och omsorgsprocess är en utmaning.

Resultat

Fördjupad uppföljning samverkan i rehabilitering, hemvård och växelvård

Samverkan mellan hemvården och växelvården har granskats utifrån ett klagomål från en anhörig som upplevde att träningen inte upprätthölls mellan hemmet och växelvården. En fördjupade granskning visade ett mönster för flera med både hemvård och växelvård. Det fanns stora skillnader mellan den träning som genomfördes i hemvården och den som utfördes på växelvårdsplatsen. Granskningen visar att en sammanhållen individuell plan inte finns mellan hemvård och växelvård.

Anhöriga som önskar klara att ha sina anhöriga hemma så länge som möjligt kan uppleva att trots stora upppoffringar och mycket stöd från hemvården så behöver de avlastning. Det innebär att de känner sig nödsakade att begära en växelvårdsplats. Det finns en mycket låg överensstämmelsen mellan insatserna hemma, där anhöriga ansvarar och på växelvårdsplatsen där personalens ansvarar.

En stor skillnad i värdegrund finns mellan anhöriga och personalen på växelvårdsplatsen. Anhörigas driver frågan om träning för att klara att bo kvar hemma så länge som möjligt, personalen på växelvårdsplatsen anser att den anhörige måste förstå att personen är sjuk och behöver mycket omvårdnad. Arbetet med sammanhållna

Individuella planer (SIP) mellan olika verksamheter kommer att underlättas genom införandet av det nya verktyget för vårdplanering – Lifecare..

Mål 2017

- Skapa förutsättningar för samordning och teamsamverkan mellan legitimerad personal och utförare.
- Granskning av samtliga växelvårdspatienters SIP.

Dokumentation hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna och ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. Föreskrift ställer också krav på vad en patientjournal ska innehålla. Vårdgivaren ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar.

Mål 2016

Målsättning under året har varit att säkra hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån den individuella processen och öka kvaliteten på dokumentationen.

Åtgärder

- Utifrån Statsrevisionens granskning och identifiering av brister i rutiner, hantering och uppföljning av behörighetstilldelning tillsattes en uppdragsledare med referenspersoner, där medicinskt ansvariga ingick, som under hösten gjort ett omfattande arbete med kartläggning och genomgång av samtliga behörigheter och utifrån dessa genomfört och dokumenterat risk och behovsanalyser.

- Fler fasta vårdplaner har skapats, med standardiserade sökord och frastexter som stöd i dokumentationen och för en mer standardiserad och enhetlig dokumentation.
- Anpassning av dokumentationen inför att kommunen ska producera journalinformation till NPÖ har påbörjats – bland annat av hur och vad som dokumenteras i vårdplaner som blir synliga i NPÖ.
- Egenkontroll för kollegial journalgranskning har fastställts och har under hösten 2016 genomförts på alla enheter där legitimerad personal är anställd.

Resultat

Kollegial journalgranskning

På de 28 enheter där arbetsterapeuter och sjuksköterskor har genomfört kollegial journalgranskning har sammanlagt ca 130 hälso- och sjukvårdsjournaler granskats utifrån fastställd mall.

- Sammantaget visar journalgranskningen att dokumentation till viss del saknas eller är otydlig i många journaler.
- De största förbättringsområdena som framkommer är att det ofta saknas beskrivning av uppgifter om bakgrund till vården och att det i många journaler inte framkommer att/hur personen varit delaktig i uppföljning av de åtgärder som gjorts.
- Flertalet anger att dokumenterade uppföljningar från bas/omvårdnadspersonal i vårdplaner som fördelats saknas i många journaler.

Analys

Behörighetstilldelning till hälso- och sjukvårdsjournalen måste utgå från behov och beställning och avslut av behörigheter måste göras av ansvarig chef.

Det är otydligt hur dokumentation och informationsöverföring ska säkerställas då det gäller personer med skyddad identitet.

Den kollegiala journalgranskningen samt journalgranskningar som medicinskt ansvariga genomfört i samband med olika uppföljningar och ärenden visar på fortsatta utvecklingsbehov avseende dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen. Bland annat behöver den enskildes vårdprocess och delaktighet synliggöras bättre och uppföljning av planerade åtgärder dokumenteras.

Mål 2017

- Säkerställa att behörighetstilldelningen till hälso- och sjukvårdsjournalen är styrd utifrån aktuella risk- och behovsanalyser inom hela vårdgivaren Örebro kommun.
- Framtagande av rutiner för dokumentation och informationsöverföring vid skyddad identitet.
- Säkerställa informationsöverföring av fördelade insatser till omvårdnadspersonalen via vårdplaner i samarbete med systemadministratörerna och dokumentationsgruppen.

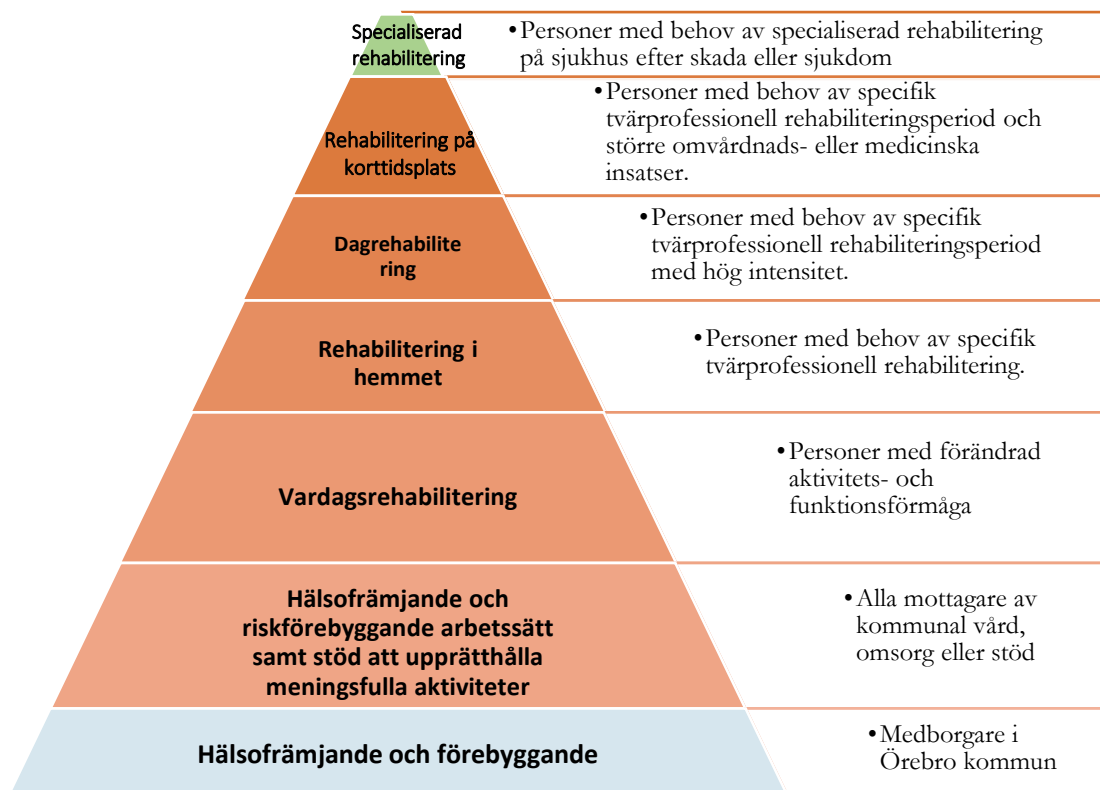
Rehabilitering

Ett rehabiliterande arbetssätt ska genomsyra hela verksamheten. För att detta ska lyckas så krävs:

- Klara rehabiliteringsmål
- Samordnade individuella planer SIP
- Tydliga riskanalyser
- Stimulans av den enskildes egna aktiviteter
- Ökning av personalens kompetens
- Ökning av teamarbete mellan samtliga aktuella yrkeskategorier runt den enskilde.

Rehabiliterande arbetssätt på olika nivåer

Ett rehabiliterande arbetssätt behöver bedrivas på alla nivåer för att möta medborgarnas olika behov. Kommunens och regionens olika nivåer för rehabilitering illustreras i rehabiliteringspyramiden.



Mål 2016

Att kvalitetssäkra den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen samt kompetens inom hälso- och sjukvård har varit prioriterat 2016. Inom området rehabilitering har målsättningen varit att utveckla en personcentrerad vård och rehabilitering utifrån den enskildes mål och att säkerställa strategisk kompetensförsörjning inom vardagsrehabilitering.

Åtgärder

- Underlag för en övergripande strategi för ett rehabiliterande arbetssätt i Örebro kommun har tagits fram. Beslut om strategin fattas av Kommunstyrelsen.
- En struktur för en webbaserad interaktiv undervisningsfilm för vardagsrehabilitering har utarbetats av samordnarna för rehabilitering i hemvården och funnits färdig en längre tid. Under 2016 har beslut fattats att utarbeta en introduktionsutbildning i rehabiliterande arbetssätt med fokus på vardagsrehabilitering för alla medarbetare inom vård, omsorg och stöd till funktionshindrade. En arbetsgrupp har tillsammans med företaget Lexicon börjat produktionsarbetet. Introduktionsutbildningen ska vara färdig i april 2017.

Resultat

Självskattning specifik rehabilitering

85 % (67 st.) har svarat ja på frågan ”Finns det tydliga instruktioner till bas/omvårdnadspersonal för rehabiliterande insatser från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast?”. Inom externa utförare av hemtjänst är det dock bara 41 % (5 av 12 st.) som svarar ja. Som svårigheter nämns att instruktionerna kan vara otydliga och inte når all personal samt att uppföljning ibland brister. 41 enheter har inte svarat på frågan.

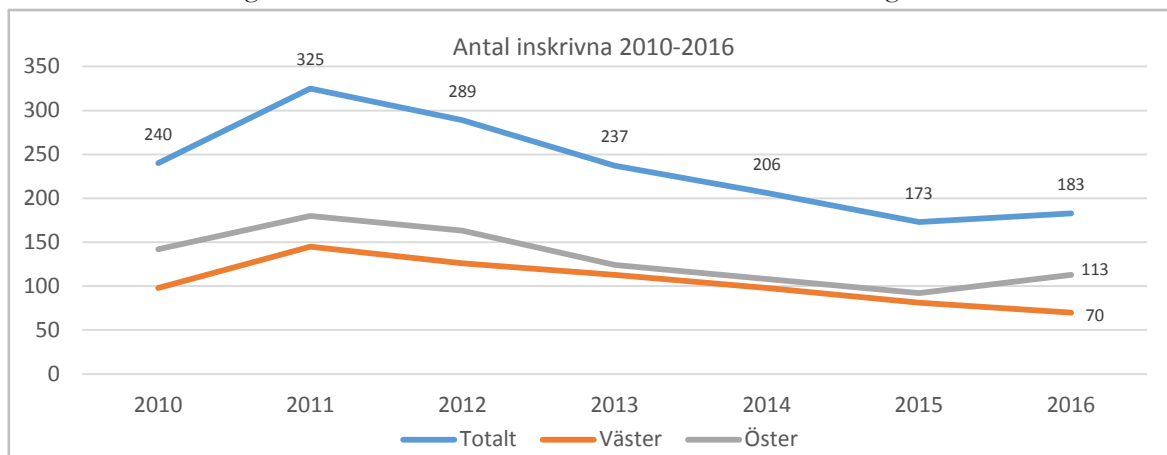
Självskattning vardagsrehabilitering

87 % (71 st.) har svarat ja på frågan ”Erbjuds den enskilde möjlighet och stöd till träning och andra aktiviteter utifrån ett vardagsrehabiliterande förhållningssätt?” 49 enheter har inte svarat på frågan.

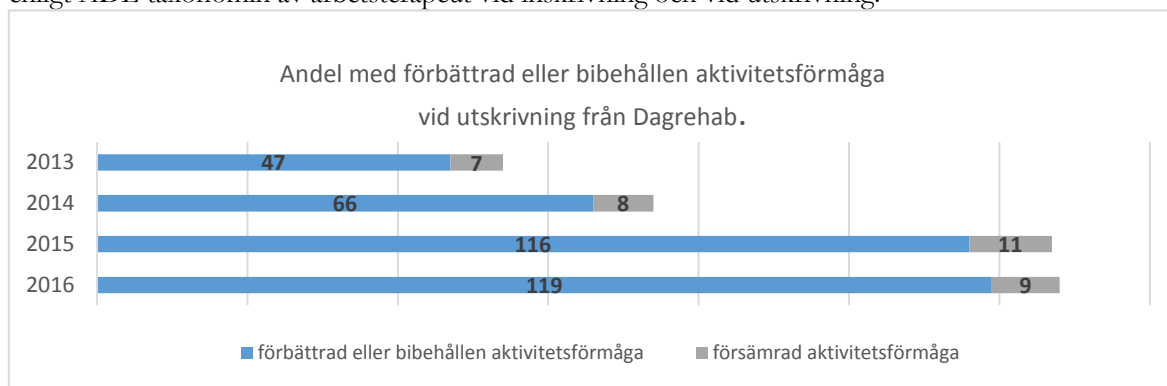
Uppföljning av aktivitetsförmåga

Samordnarna för rehabilitering i hemmet har under många år sammanställt statistik av individers aktivitetsförmåga över tid. Detta effektmått beskriver utveckling av de enskilda individernas ADL-förmåga. Sammanställningen visar ökning av aktivitetsförmågan på utvalda rehabiliteringsärenden.

Antalet ärenden i sammanställningen har under flera år gått ner men 2016 finns antydning till ett trendbrott. Anledning kan vara utökade kriterier samt införandet av Utredning i hemmet.



På Dagrehabilitering görs uppföljning av den enskildes aktivitetsförmåga genom aktivitetsbedömning enligt ADL-taxonomin av arbetsterapeut vid inskrivning och vid utskrivning.



Ca 90 % av de som skrivs ut från dagrehabilitering har ökat eller bibehållit sin aktivitetsförmåga.

Analys

Resultaten från Dagrehabilitering och rehabilitering i hemmet visar att goda resultat kan uppnås för den enskilde genom målinriktad rehabilitering. Men, det finns stora brister i rehabiliteringsarbetet på olika nivåer. Tydliga rehabiliteringsmål för den enskilde ger en bättre delaktighet och personalen får en klarhet i VAD och HUR rehabiliteringsinsatserna ska genomföras. Detta är ett stort utvecklingsområde.

Rehabilitering på korttidsplats har tidigare skett på speciella enheter med rehabiliteringsinriktning. Dessa platser är nu en del av korttidsvården insprängda bland andra korttidsplatser. Personalgruppen ska ta hand om många olika patientgrupper och har inte en uttalad rehabiliteringsinriktning. Rehabiliteringsmål blir inte tydliga och kvaliteten på rehabiliteringen har försämrats.

Alla personalkategorier behöver få ökad kunskap om ett rehabiliterande arbetssätt. Det är viktigt att introduktionsutbildningen genomförs av alla nyanställda, men också av alla som arbetat länge i Örebro kommun. Den individuella kompetensutvecklingen behöver kombineras med reflektioner i grupp på arbetsplatsen.

Mål 2017

En strategi för utveckling av ett genomgripande rehabiliterande arbetssätt har tagits fram och kommer att tydliggöras under 2017.

- All bas/omvårdnadspersonal inom vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade ska ha genomgått introduktionsutbildningen i vardagsrehabilitering.
- Skapa övergripande riktlinje om rehabilitering som innefattar rehabilitering på olika nivåer i organisationen.

Aktivitets- och funktionsbedömning

Alla patienter/kunder ska ha rätt till en tydlig bedömning med individuella mål.

Mål 2016

En målsättning 2016 har varit att utveckla en personcentrerad vård och rehabilitering utifrån den enskildes mål.

Resultat

Självskattning

59 % av de 34 enheter (alla inom vård och omsorg), som besvarat frågan, har svarat ja på frågan ” Finns aktivitetsbedömning av arbetsterapeut som grund för planering av individuella aktiviteter?” 86 enheter har inte svarat på frågan.

Åtgärder

- Revidering har genomförts av den regionala överenskommelsen om bedömningsinstrument vid rehabilitering².
- Samtliga arbetsterapeuter har fått utbildning och tillgång till en uppdaterad ADL taxonomi och kunskaper och tillgång till instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ett internationellt välkänt instrument som är översatt till svenska. Instrumentet bygger på en intervju med den enskilde där patienten/kundens egen målsättning tydliggörs.

Mål 2017

- Att bedömningar av aktivitetsförmåga och individuella målsättningar ska finnas till grund för hela teamets arbete för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna genomsyra patientens rehabilitering.

Bostadsanpassning

När ett intyg för bostadsanpassning skrivs är det den enskildes aktivitetsförmåga i förhållande till miljöns krav som ska beskrivas. Detta görs ofta av en legitimerad arbetsterapeut genom ett intyg om bostadsanpassning. Kunskapen om processen vid bostadsanpassning behöver öka hos intygsskrivarna. Ett ständigt utvecklingsarbete pågår i en grupp av arbetsterapeuter i kommun och region, tillsammans med handläggare för bostadsanpassningsärenden.

Åtgärder

- Ett undervisningsmaterial och en checklista för egenkontroll av intyg har sammanställts av Bostadsanpassningsgruppen och workshops för intygsskrivare. (Genomfördes i januari 2017.)

Mål 2017

- Att fortsätta utveckla metodstöd och dokument för intyg vid bostadsanpassning.

² Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument <https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/Forvardgivare/VVF-sidan/Amnesomraden/Rehabilitering/>

Medicintekniska produkter

I kommunen finns många olika medicintekniska produkter, undersökning-, och behandlingshjälpmedel, omvårdnads- och individuella hjälpmedel. Gränsdragningen mellan de olika typerna av medicintekniska produkter finns klargjord i samverkan med regionen. Omvårdnadshjälpmedel och individuella hjälpmedel ska vara förskrivna till den enskilde efter bedömning av legitimerad personal. Regionen har kostnadsansvar för individuella hjälpmedel och kommunen för omvårdnadshjälpmedel. De omvårdnadshjälpmedel som kommunen ansvarar för ska vara tydligt förskrivna, hela, rena och spårbara.

Hjälpmedelskonsulenter har som uppdrag att säkra hela kedjan från inköp, kontakt och rådgivning till förskrivare, kontroller av processen för distribution och retur. Detta görs tillsammans med enheten omvårdnadshjälpmedel inom Arbete och Utveckling som ansvarar för lagerhållning, distribution, rekonditionering och besiktningar.

Mål 2016

Målsättning 2016 var att öka spårbarheten för kommunens omvårdnadshjälpmedel genom ett nytt IT system (Sesam 2) samt att säkra hygien av hjälpmedel med en stor kabinettdiskmaskin.

Åtgärder

- Under 2016 har lokalerna för omvårdnadshjälpmedel byggts om för att kunna installera en kabinettdiskmaskin för att säkra hygien på hjälpmedlen.
- Ett registreringssystem Sesam 2 för lagerhållning och besiktning har tagits i bruk under 2016.

Resultat

Volymer av 22000 distribuerade hjälpmedel/år ligger stabilt sedan flera år tillbaka. Distributionen av omvårdnadshjälpmedel är fortfarande hög och leveranstiden kortare än en vardag.

Spårbarheten och hygien av omvårdnadshjälpmedel har ökat.

Analys

För att utveckla kommunens omvårdnadshjälpmedel behöver förskrivningsmodulen för Web Sesam kopplas på lagermodulen Sesam 2. Detta skulle säkra hela processen från förskrivning till leverans. En ny version av förskrivningsmodulen Web Sesam utvecklas av företaget VISMA.

För att utveckla och säkra omvårdnadshjälpmedlen behöver tillgången på hjälpmedelskonsulent i Örebro kommun utökas.

Mål 2017

- Att Örebro kommun ska få tillgång till den nya modulen för förskrivare när den är färdig 2017/2018.

RisKFörebyggande vård och omsorg

För att uppnå en god kvalitet i vården och omsorgen måste den baseras på bästa möjliga kunskap. Att arbeta kunskapsbaserat innebär bland annat att systematiskt och strukturerat identifiera risker på individnivå, till exempel risk för undernäring eller fall, och vidta åtgärder när en risk har identifierats. Dokumentationen är en del av det kunskapsbaserade arbetssättet.

RisKbedömning med stöd av Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används som stöd i den vårdpreventiva processen för att identifiera risk för fall, trycksår, undernäring och munohälsa, analys av bakomliggande orsak till risk och evidensbaserade åtgärder kopplade till identifierad risk och uppföljning. Nationellt följs resultatet i kvalitetsregistret Senior alert som indikatorer i öppna jämförelser. Samma indikatorer följs i Örebro kommun. En av Örebro kommuns värdegrundsgarantier är: "Du garanteras hjälp att sköta din mun- och tandhälsa", som också ingår i detta arbete.

En rutin och underlag för riskbedömning och kriterier för vilka som ska få en riskbedömning av personer under 65 år, anpassat för förvaltningens målgrupp finns inom förvaltningen för funktionshindrades målgrupp.

Mål 2016

- Av alla personer 65 år och äldre som bor, har bott, vistas eller har vistats på vård och omsorgsboende under 2016 ska 90 % ha erhållit en registrerad riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring och mun ohälsa i vård och omsorgsförvaltningen.
- De personer som är 65 år och äldre och som bor i bostad med särskild service samt de i ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert minst en ggr/år.
- Vid identifierad risk ska 90 % ha minst en registrerad planerad åtgärd.

Resultat vård och omsorgsboende

Av totalt 2527 personer som bor, har bott, vistas eller har vistats på vård och omsorgsboende under 2016 har 1727 personer erhållit en registrerad riskbedömning i Senior alert avseende fall, undernäring och trycksår, se tabell nedan. Antal riskbedömningar har ökat jämfört med 2015.

Av de 1727 som erhållit en riskbedömning (fall, trycksår, undernäring) har 1227 personer också erhållit en registrerad munhälsobedömning.

- 68 % av de personer som under året vistats på vård och omsorgsboende och korttidsboende har erhållit en riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår. Målet är 90 %.
- 86 % har minst en planerad åtgärd vid bedömd risk. Målet är 90 %.
- Av de som erhållit en riskbedömning har 71 % också erhållit en registrerad munhälsobedömning.
- Vid bedömd risk för mun ohälsa har 79 % minst en planerad åtgärd.

Målvärdet 90 % är inte uppnått för Örebro kommun vård och omsorgs förvaltning.

Sex enheter uppnår målvärdet 90 % för båda indikatorerna; Backagården, Hagagården, Löwenhjelmiska huset, Mikaeligården, Södermalms hemmet, Ängen.

Resultat hemvården

På grund av felaktigt sammanställd utdata och otillförlitlig utdata ur journalsystemet kan inte andel personer som erhållit en riskbedömning beräknas. Resultat från kvalitetsregistret presenteras nedan. Antal riskbedömningar har minskat jämfört med 2015 och 2014.

- 253 st. riskbedömningar avseende fall, trycksår, undernäring är registrerade.
- 161 av dessa har minst en risk identifierad, av dessa har 74 % minst en planerad åtgärd.
- 84 st. riskbedömningar avseende munohälsa finns registrerat, vara av 33 % har en åtgärd.

Tabell: Jämförelse resultat Senior alert 2015 och 2016

2016	Antal riskbedömningar (fall, undernäring, trycksår)	Andel med minst en risk	Andel med risk för fall	Andel med risk för undernäring	Andel med risk för trycksår	Antal riskbedömningar munhälsa	Andel med risk Munohälsa
Vobo	1727	88 %	62 %	52 %	29 %	1227	50 %
Hemvård	253	63 %	53 %	36 %	14 %	84	50 %
2015							
Vobo	1437	89 %	63 %	57 %	32 %	936	49 %
Hemvård	469	81 %	58 %	49 %	20 %	171	52 %

Resultat förvaltningen för funktionshindrade

För personer på boenden 65 och äldre användes kvalitetsregistret. Endast 11 registrerade riskbedömningar finns för 2016.

Resultat från Kvalitetsportalen

Resultatet för andel riskbedömningar på vård och omsorgsboende är i kvalitetsportalen närmare 87 %, vilket är högre än våra egna beräkningar.

Resultat risk för undernäring, trycksår, munohälsa

Risk för undernäring vård och omsorgsboende

I den punktprevalensmätning som gjordes i v. 40 visade resultatet att av 683 registrerade personer hade 211 ett BMI under 22 (31 %) vilket indikerar risk för undernäring. Endast ett fåtal åtgärder är valda med registrering av närings- och vätskeintag, vilket bör vara ett led i utredning vid risk för undernäring, framför allt vid ofrivillig viktneidgång. Utan en fullständig analys av bakomliggande orsaker kan inte säkerställas att rätt åtgärder sätts in. I samband med internutredningar har brister identifierats avseende uppföljning av viktförändring och uppföljning av åtgärder vid risk för undernäring. Nutritionsomhändertagande är fortsatt ett viktigt förbättringsområde.

Risk för trycksår vård och omsorgsboende.

Av 1758 riskbedömningar har 516 personer risk för trycksår (29 %). I den punktprevalensmätning som gjordes v. 40 där hudinspektioner ingår hade 28 % risk för trycksår. Nio personer av 683 hade trycksår grad 3-4, dvs allvarliga sår. En bidragande orsak till förhållandevis låg förekomst av trycksår är att samtliga sängar på vård och omsorgsboende har en basmadrass med inbyggd trycksårsprofylax till och med sårgradsnivå 2.

Risk för Munohälsa vård och omsorgsboende och hemvård

Bedömning av munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior alert och bedömningsinstrumentet ROAG har ökat i antal på vård och omsorgsboende men minskat i hemvården mot föregående år. Munhälsobedömning görs också av tandhygienist utifrån tandvårdsstöd som erbjuds personer med omfattande omsorgsinsatser. Där av inte alltid självklart att bedömning också görs enligt RAOG.

Analys

Vård och omsorgsboende

Vid granskning av rapport från kvalitetsregistret (produktionsrapport) framgår att några enheter gör riskbedömningar spritt över året och andra gör många vid ett och samma tillfälle. Frågor uppstår om man då gör riskbedömningar som en del i en kartläggning av en persons sammantagna behov av vård och omsorgsåtgärder i nära teamsamverkan. Det är inte troligt. Därmed är det risk för att riskbedömning med stöd av Senior alert för många blir en avskild aktivitet utan sammanhang och därför saknar betydelse för kvalitet för den enskildes vård.

I Senior alert finns en modulen för bedömning av blåsdysfunktion att används som stöd i inkontinensvården. Den används endast av ett fåtal enheter. Under året ska den introduceras och implementeras på vård och omsorgsboenden.

Hemvården

Hemvården har valt att prioritera bort arbete med riskbedömningar på grund av omorganisation och omställning som medfört att arbetet med riskbedömningar i stort har upphört. Mer än 1000 personer har insatser av sjuksköterska och omsorg och borde erhålla en riskbedömning. Man har aldrig fullt ut lyckats integrera riskbedömningar med den övriga vården och omsorgen i hemvården. Goda exempel har funnits där man utifrån en teamsamverkan tillsammans med kund gjort kartläggning/utredning. Omorganisation och förändrade förutsättningar har bidragit till att det inte har kunnat fortsätta.

Mål 2017

- För alla personer 65 år och äldre som bor eller vistas på särskilt boende ska riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring och mun ohälsa göras.
- Vid risk ska vårdplan skapas där aktiva åtgärder planeras och följs upp. De fasta vårdplanerna ska användas.
- Kvalitetsregistret Senior alert ska användas som stöd vid riskbedömningar. Målet är att 90 % av riskbedömningar med alla steg (riskbedömning, bakomliggande orsak, planerade åtgärder, uppföljning) ska registreras i registret.
- Minst 50 % av personer på vård och omsorgsboende med inkontinensproblematik ska ha erhållit en bedömning av blåsdysfunktion.
- Fast vårdplan för blåsdysfunktion ska tillföras journalsystemet och användas vid konstaterad blåsdysfunktion.

- Genomföra kvalitetsgranskning genom journalgranskning av kommunens dietist för att undersöka följsamhet till rutin om nutritionsutredning i vård och omsorgsförvaltningen.

Risk för fall och fallhändelser

Av personer som erhållit en riskbedömning enligt Senior alert har 62 % på vård och omsorgsboende och 53 % i hemvården risk för fall. Inom vårdgivaren Örebro registreras ca 560 fallhändelser per månad.

Mål 2016

En prioriterad målsättning 2016 har varit att utveckla det riskförebyggande arbetet med fokus på fall.

Resultat

Fallhändelser utgör totalt 6739 av 17399 registrerade avvikelser. Inom vård och omsorg utgör de 54 % och inom Förvaltningen för funktionshindrade 9 % av alla avvikelser. Antal fallavvikelser är på samma nivå som föregående år.

Vård och omsorg

Händelse	Vård och omsorgsboende egenregi	Vård och omsorgsboende entreprenad	Dag-verks.	Larmorg.	Nattorg.	Hemvård egenregi	Hemtjänst ext.utf.	Totalt
Fall med skada	673	18	5	240	190	113	25	1264
Fall utan skada	2473	135	9	1133	760	397	42	4949
Totalt	3146	153	14	1373	950	510	67	6213

Förvaltningen för funktionshindrade

Händelse	Social psykiatri	Grupp- och Servicebostad	Daglig verksamhet	Barn- och ungdom	Personlig assistans	HSE	Övriga	Totalt
Fall med skada	25	63	24	2			16	130
Fall utan skada	33	315	34	1			13	396
Totalt	58	378	58	3	0	0	29	526

Nästan hälften, 49 % av alla fall sker på vård och omsorgsboende.

Natt- och larmorganisationen

Nattorganisationen har registrerat 14 % och Larmorganisationen har registrerat 20 % av alla fall. Dessa personer har sin huvudsakliga vård, omsorg eller stöd från hemvården, extern utförare av hemtjänst eller enhet inom Förvaltningen för funktionshindrade, som också har huvudansvar för analys av avvikelser. Knappt hälften (48 %) av dessa fallavvikelser är analyserade vad gäller allvarlighetsgrad. Det är en förbättring från 2015 då det var 28 %, men samverkan vid uppföljning av avvikelser är ett fortsatt utvecklingsområde.

Fall på natten

Många fall sker på natten mellan 22:00-07:00, sammantaget 32 % av alla fallavvikelser. Det är i stort sett lika många fall/natt som 2015.

Organisation	Fall med skada	Fall utan skada	Totalt	Genomsnitt/dygn
Vård och omsorgsboende	260	834	1094	3
Nattorganisationen	214	778	992	2,7
Övriga	17	50	67	0,2
Totalt	491	1662	2153	5,9

Personer som fallit

Under året har sammantaget 1218 personer fallit. 70 %, 855 personer har fallit endast en gång. 136 personer har fallit 10 gånger eller fler.

På vård och omsorgsboende har under 2016 ca en tredjedel, (32 %) av de som vistats eller bott fallit minst en gång.

Åtgärder

- Inom Vård och omsorgsförvaltningen har ett projekt med ett rehabiliterande team för att ytterligare utveckla det förebyggande och rehabiliterande arbetet med fokus på att förebygga fall startats. Uppdraget omfattar både individer som bor i ordinärt boende och vård- och omsorgsboende. Syftet med projektet är att förbättra och tydliggöra insatserna kring fallförebyggande åtgärder, minska fall och fallskador samt att utveckla det multiprofessionella arbetet kring fall.
- Punktprevalens mätning avseende trycksår och fall med stöd av Senior alert genomfördes på vård och omsorgsboende under v. 40. Under veckan kartlades och registrerades fallhändelser, trycksår av graden 1-4, journalgranskning och uppdaterade riskbedömningar.

Analys

Några personer faller många gånger. Det är 363 personer som fallit mer än en gång under året. Frågan är hur väl analys av bakomliggande orsak genomförs för att identifiera och motverka riskfaktorer hos dessa personer.

Antal fall nattetid behöver analyseras vidare. Många faller trots frekvent användning av rörelselarm, lammattor, mm. Hur används och hanteras larmen, kan sömnmedel och lugnande läkemedel kvälls- och nattetid vara bidragande till fall? Hur möts vakenhet, oro och vakenhet på natten? Det är frågeställningar som behöver undersökas.

Generellt behöver analys av bakomliggande orsaker till risk för fall utvecklas liksom val av åtgärder. Åtgärder som har bevisad effekt att förebygga fall, även hos sköra äldre är muskel och balansträning samt läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar är den vanligaste planerade åtgärden vid risk för fall. Frågan är hur väl genomgången genomförs med hänsyn tagen till riskläkemedel kopplade till fall. Balansövningar, muskelfunktions- och styrketräning är fallförebyggande men genomförs i mycket liten utsträckning trots bevisad effekt.

Mål 2017

- Analys av bakomliggande orsak ska ingå i riskbedömning vid risk för fall samt vid analys efter fallhändelse.
- Hitta modell för att tidigt identifiera och analysera personer som faller ofta.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Skydds- och begränsningsåtgärder ska så långt som möjligt förebyggas. En skydds- och begränsningsåtgärd är tillåten endast under förutsättningar att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, hjälpa eller stödja den enskilde i aktivitet. Beslut om skydds- och begränsningsåtgärder ska utgå från den enskildes behov, byggas på individuella bedömningar och får inte fattas generellt. Verksamheten ställs ibland inför etiska dilemman vilka kan leda till svåra ställningstaganden samt behov av stöd i de individuella ärendena.

Mål 2016

Målsättning 2016 var att säkerställa att skydds- och begränsningsåtgärder används på ett säkert sätt.

Åtgärder

Implementering av rutiner och metodstöd vid utredning, planering och uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder har utförts genom:

- Utbildning till alla enhetschefer med processansvar (EPA-chef) och deras enhetschefer i Förvaltningen för funktionshindrade.
- Möjlighet för enhetschef i Förvaltningen för funktionshindrade att delegera till boendepedagoger att lägga samtycke samt ansvara för utredning, planering och uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder. Utbildning för boendepedagoger är ännu inte utförd men är inplanerad under våren 2017.

- Utarbetat underlag för inventering av skydds- och begränsningsåtgärder i syfte att underlätta egenkontroll. Underlaget är riktat till enhetschefer i Förvaltningen för funktionshindrade.
- Fastställd och implementerad rutin samt underlag för riskanalys vid bedömning av låst/öppen dörr på vård- och omsorgsboende.
- Påbörjat arbete med revidering av regional riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder.

Resultat

Egenkontroll genom självskattning

- Det är sammantaget 82 enheter som redovisat svar. (Av totalt 120, 38 enheter har inte svarat på frågan.)
- 84 % anger att det görs riskanalyser i teamet vid varje enskild skydds- och begränsningsåtgärd.
- 78 % anger att samtycke framgår och dokumenteras.
- 78 % anger att uppföljning görs minst en gång/år.

Uppföljning av låst/ dörr på Vård och omsorgsboende

Under hösten 2016 har 18 Vård och omsorgsboenden har besvarat en fördjupad uppföljning genom en enkät.

Alla boenden anger att de genomfört riskanalys, enligt ”Rutin låst, larmad eller öppen dörr på Vård- och omsorgsboende”. Alla enheter utom två (Lindhultsgården och Ädelgården) har utifrån riskanalysen bedömt att dörrarna till avdelningarna där personer med demenssjukdom bor vid uppföljningstillfället behövde vara låsta. Risker som anges är trappor, trafikerade gator utanför samt risk vid kognitiva nedsättningar att förirra sig då man går ut på egen hand.

Samtliga anger att man planerar individuellt för utevistelse. Personal försöker möta upp, ge ledsagning att komma ut eller på annat vis ge stöd då någon boende vill gå ut. Passagelarm som hjälper personal att uppmärksamma att en boende finns vid dörren används på fem boenden. Flera anger att de arbetar med att utveckla mer individuella lösningar.

Analys

Implementering av rutiner och metodstöd har fortgått under 2016 och fler chefer och medarbetare har nu kunskap och förutsättningar för att arbeta med att förebygga, hantera och följa upp skydds- och begränsningsåtgärder utifrån individuella bedömningar.

Självskattningen visar att i de flesta verksamheter finns god kännedom om rutin och arbetsmetod, men att fortsatt arbete behövs med utveckling av arbetssätt och metodstöd. För att underlätta egenkontroll bör underlaget för inventering av skydds- och begränsningsåtgärder på enhetsnivå spridas vidare.

Genom implementering av ”Rutin låst, larmad eller öppen dörr på Vård- och omsorgsboende” säkerställs att ställningstagande till låst eller larmad dörr på Vård- och omsorgsboende görs utifrån riskanalys. Rutinen bör utvecklas, så den omfattar alla särskilda boenden. Vidare behöver generella och individuella passagelarm samt larm med GPS funktion fortsätta utvecklas för att möjliggöra mer individuella lösningar.

När revidering av den länsövergripande riktlinjen fastställs behöver även Örebro kommuns rutiner och metodstöd revideras, vilket också ger tillfälle att fånga upp erfarenheter och utvecklingsbehov som framkommer från verksamheten.

Mål 2017:

- För alla skydds- och begränsningsåtgärder ska det finnas ett dokumenterat samtycke och utredning inklusive riskanalys ska finnas vid konkludent eller hypotetiskt samtycke.
- Örebro kommun ska 2017 kunna erbjuda larm med GPS funktion till personer som har behov av detta.

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god vård och omsorg inom alla verksamheter.

Socialstyrelsen antog 2016-01-01 den nya hygienföreskriften ”Basal hygien i vård och omsorg”, SOSFS 2015:10. Inom Förvaltningen för funktionshindrade medförde den nya föreskriften från Socialstyrelsen en del förändringar då området nu även innefattar omsorg.

Ett nytt område i kvalitetsregistret Senior alert är vårdhygien. Det förebyggande arbetet inom vårdhygien kan stödjas genom mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende (Svenska HALT)³.

Mål 2016

Målsättningen 2016 har varit att följa de basala hygienrutinerna för att förhindra smittspridning mellan personal och patienter med behov av vård och omsorg i Örebro kommun.

Åtgärder

- En effekt av föreskriften, SOSFS 2015:10 blev att ”Riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Region Örebro län”⁴ reviderades.
- ”Rutin för basal hygien” upprättades i Förvaltningen för funktionshindrade.
- Förvaltningen för funktionshindrade har påbörjat inköp av arbetskläder till områden som enligt SOSFS 2015:10 ska använda det.
- Självsfattning genom egenkontroll.

Resultat

Riktlinjer och rutiner är reviderade och fastställda i verksamheterna.

Förvaltningen för funktionshindrade har inledningsvis prioriterat arbetskläder till de enheter som bedriver mer patientnära vård. Alla enheter som berörs har dock inte i nuläget arbetskläder.

Självsfattning

- Inom vård och omsorg är det 37 enheter som besvarat frågan ”Följs de basala hygienriktlinjerna”. Av dessa svarar 57 % ja. Från de som svarat delvis framkommer att man vid stickprov upptäcker slarv som t.ex. långa naglar. 22 enheter har inte besvarat frågan.
- Inom Förvaltningen för funktionshindrade är det 50 av enheter som besvarat frågan ”Följs de basala hygienriktlinjerna”. Av dessa svarar 37 enheter (74 %) ja. På hälso- och sjukvårdsenheten svarar enheten att man inte alltid följer riktlinjen gällande nagellack och långa naglar. 24 enheter har inte besvarat frågan.

Analys

Förvaltningen för funktionshindrade har inledningsvis prioriterat arbetskläder till de enheter som bedriver mer patientnära vård men alla enheter har i nuläget inte arbetskläder. De arbetskläder som har köpts in tvättas av personalen själva på respektive enhet och tvätt av arbetskläder sker enligt rutinen ”Tvätthantering av arbetskläder på den egna enheten inom kommunal vård-och omsorg i Örebro län”.

Mål 2017

- Alla medarbetare ska känna till och följa de basala hygienriktlinjerna.
- Arbetskläder ska användas på alla enheter som har behov enligt SOSFS 2015:10.

³ Folkhälsomyndigheten, Svenska HALT <https://www.folkhalsomyndigheten.se/halt/>

⁴ Riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro läns kommuner <https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/VVF-sidan/Amnesomraden/Hygien/>

Läkemedelshantering och läkemedelsbehandling

Läkemedelshantering är en omfattande hälso- och sjukvårdsinsats i kommunen som ställer stora krav på kompetens, handledning, teamsamverkan och logistik. Dagligen får över 2000 personer som har stöd med sin läkemedelshantering hjälp av delegerad personal med att ta sina läkemedel i vård och omsorgsförvaltningen och ca 600 personer i förvaltningen för funktionshindrade.

En stor del av personer med behov av vård och omsorg inom kommunal hälso- och sjukvård har kognitiv svikt och demenssjukdom med kognitivfunktionsnedsättning. Inom vården av personer med demenssjukdom är det känt att brister i arbetsmetoder för en personcentrerad vård driver på användningen av psykofarmaka (lugnande, sömnmedel, antipsykotiska) så kallade *olämpliga läkemedel*. Flera läkemedelsindikatorer följs därför nationellt i öppna jämförelser med målet att användningen av dessa ska minska.

Äldre, sjuka personer har en ökad känslighet för läkemedel och samtidigt ofta en omfattande läkemedelsbehandling vilket alltid utgör en risk för läkemedelsorsakad sjuklighet. En välgrundad läkemedelsbehandling utifrån den äldre personens hälso- och livssituation är avgörande för att kunna leva ett gott liv. Nyttan kontra risk ur den enskildes perspektiv måste alltid noga övervägas och ligga till grund för behandlingen.

Inom förvaltningen för funktionshinder är det också angeläget med en grundlig uppföljning av en persons läkemedelsbehandling. Förekomst och användning av mindre lämpliga läkemedel på felaktig indikation (beteendeproblematik) behöver systematiskt och kontinuerligt följas upp och omvärderas. Vid årskontroll bör en grundlig uppföljning av aktuell behandling göras utifrån personens hälso- och livssituation med beaktande av omvårdnadsåtgärder som alternativ till farmakologisk behandling när det är möjligt.

Rutiner för läkemedelshantering

Mål 2016

Att kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården har varit prioriterat 2016. En målsättning har varit att uppdatera samtliga rutiner för läkemedelshantering.

Åtgärd

- **Uppdaterade rutiner:** Samtliga rutiner avseende läkemedelshantering är uppdaterade och är nu gemensamma för vård och omsorgsförvaltningen och förvaltningen för funktionshindrade. Ett omfattande arbete har gjorts inom förvaltningen för funktionshindrade med genomgång och anpassning till rutinerna.
- **Dokumentation läkemedelshantering:** För att ge stöd och förutsättningar för en enhetlig och relevant dokumentation av läkemedelshantering vid övertaget ansvar har fasta planer skapats i journalsystemet för hur Läkemedelshantering, Läkemedelsgenomgångar, Uppföljning av neuroleptikabehandling ska dokumenteras.

Läkemedelsgenomgångar

Vård och omsorgsförvaltningen

För att tidigt identifiera och uppmärksamma risker med läkemedelsbehandlingen görs läkemedelsgenomgångar årligen för alla som har hjälp med sin läkemedelshantering. Som stöd vid genomförandet av en läkemedelsgenomgång har miniQ, ett webbaserat besluts- och analysverktyget av läkemedelsbehandlingen implementerat på alla boenden i november, även entreprenaderna är initierade. Fem boenden har det sedan tidigare.

Syfte med miniQ:

- Att ge bättre kunskapsstöd till sjuksköterskor om den enskildes läkemedelsbehandling och om eventuella risker.
- Att ge underlag till sjuksköterskan för diskussion med ansvarig läkare om pågående behandling vid en läkemedelsgenomgång.

- Att möjliggöra jämförelse över tid för att kunna följa upp effekt på läkemedelsbehandlingen av interventioner som införande en personcentrerad vård, tex vid användning av BPSD registret.
- Att kunna följa och jämföra mot nationella läkemedelsindikatorer även på kommunal nivå.

Mål 2016 vård och omsorg

- Av personer som bor på vård och omsorgsboende eller som i hemvården behöver hjälp med sin läkemedelshantering ska 90 % årligen erhålla en fördjupad läkemedelsgenomgång.
- Alla boendes läkemedelslistor ska vara inlästa från Pascal till miniQ vid årsskiftet.

Resultat

På 1018 permanenta boendeplatser har 1402 personer bott eller bor under 2016. Av dessa personer har 1381st en vårdplan Läkemedelshantering vilket innebär att de har stöd med sin läkemedelshantering. Av dem har 963st en dokumenterad Läkemedelsgenomgång i journalen.

För hemvården har tillförlitlig utdata inte varit möjligt att sammanställa.

- 70 % av de som har stöd med sin läkemedelshantering har en registrerad läkemedelsgenomgång i journalen.
- Det är inte säkerställt att alla som borde ha erhållit en läkemedelsgenomgång på vård och omsorgboende har fått det.
- Det är inte säkerställt att alla som borde ha erhållit en läkemedelsgenomgång i hemvården har fått det.

miniQ

879 personers läkemedelslistor är inlästa under 2016 vilket ger förutsättningar för att bedöma och jämföra läkemedelsbehandlingen på enhetsnivå och kommunnivå, se resultat läkemedelsindikatorer nedan.

Analys

Bristande följsamhet till rutinen om hur en påbörjad och genomförd läkemedelsgenomgång ska dokumenteras kan vara en orsak till det låga resultatet. Nytt sätt att dokumentera Läkemedelsgenomgång (standardiserad vårdplan) har införts vilket kan leda till bättre ordning på dokumentation och utdata kommande år. Även brister i förutsättningar för läkarmedverkan och teamsamverkan bidrar till bristande kvalitet vid läkemedelsgenomgångar enligt rapporter. Här saknas en systematik i uppföljning av dessa signaler.

Mål 2017

- Alla personer som flyttar till vård och omsorgsboende eller som i hemvården behöver hjälp med sin läkemedelshantering ska erhålla en fördjupad läkemedelsgenomgång en gång om året. Målvärde = 90 %.
- På vård och omsorgboende ska läkemedelsgenomgång göras med stöd av miniQ.
- Diskussion ska påbörjas om användandet av miniQ även i hemvården.

Digital signering

I dag hanteras ca 4,5 miljoner signerade läkemedelsbehandlingar per år manuellt bara i vård och omsorgsförvaltningen. I förhållande till det stora antalet läkemedelsinsatser som görs, ca 1,5 miljoner administreringstillfällen per år (2000 personer x 2 per dag x 365 dagar) är antalet läkemedelsavvikelser få. Med analog signering saknas reell möjlighet att identifiera alla avvikelser, bland annat att säkra tidpunkt då läkemedel faktiskt ges. Avvikelsen glömd dos (1736) är den mest förekommande avvikelserna inom området liksom tidigare år.

Hantering med analog signering av administrering av läkemedel och andra utförda delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser är en otidsenlig, osäker och ineffektiv arbetsmetod som inte svarar upp mot dagens krav på trygg, säker och personcentrerad vård. Många olika utförare av vård och omsorg och stor omsättning av personal och krav på effektivitet kräver nya arbetsmetoder där digitalisering blir en nödvändighet för framgång och patientsäkerhet.

Upphandling påbörjades 2015. Sedan dess har en överprövningsprocess pågått. Slutgiltigt beslut meddelades av kammarrätten i slutet av december 2016. Under tiden har även förvaltningen för funktionshindrade genomfört en förstudie och beslutat att samverka med vård och omsorgsförvaltningen för digital signering.

Med verktyget för digital signering kan delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser styras till att personal med rätt kompetens utför insatser på rätt sätt i rätt tid hos rätt kund.

Mål 2017

- Digital signering ska vara införd i hela vård- och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade under 2017.

Delegering av läkemedelshantering

Dagens struktur i den kommunala vården kräver att i stort sett all omvårdnadspersonal har kunskap om läkemedel och läkemedelshantering och att de är delegerade av sjuksköterska att administrera läkemedel⁵ oavsett om omvårdnadspersonalen har utbildning till undersköterska eller inte. Under 2016 har vård och omsorgsförvaltningen ca 1700 fast anställda och anställt ca 1000 vikarier varav majoriteten är delegerade på läkemedelsadministrering. Inom Förvaltningen för funktionshindrade har 1600 personal delegerats under året. Att delegera omvårdnadspersonal är en omfattande arbetsuppgift för sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.

Den organisation som varit i hemvården sedan införandet av LOV 2014 med ett ständigt ökat antal externa utförare av omsorg har fortsatt att medför stor belastning och många svårigheter för alla inblandade. Med ny organisation i hemvården från 2017 med särskilt utsedda sjuksköterskor med ansvar för patienter och delegering av personal i externa företag kommer situationen att bli betydligt säkrare och innebära en minskad belastning på övriga sjuksköterskor. För kunder innebär det att vid omval av utförare av omsorg även byte av sjuksköterska och arbetsterapeut. Sammantaget blir förutsättningar för teamsamverkan, uppföljning, handledning nu förbättrade.

Ny rutin delegering

En ny rutin för delegering av läkemedel fastställdes i slutet av 2015 och implementerats under året. Rutinen ställer stora krav på samordning och planering inför delegering av nyanställd personal, med webb utbildning, handledning och kunskapskontroll via webbaserad test och uppföljning. Kunskaps-testet som ingår är obligatoriskt inför delegering och vid förlängning av delegering, dvs behöver göras årligen av all delegerad personal. Under 2016 har 4258 kunskapstester beställts från Apoteket AB. Genomgång av den nya rutinen har hållits på chefsmöten och spridits till verksamheten via nätverket Läkemedelsgenomgångssamordnarna (LMG sam).

Inom förvaltningen för funktionshindrade har arbetet med en webbaserad utbildning för uppföljning av delegering påbörjats. Den planeras vara färdig under 2017.

Analys

Stor omsättning av personal och stort antal vikarier, både av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal försvårar och komplicerar delegeringsprocessen och innebär en ökad arbetsbelastning för samtliga inblandade och innebär en ökad risk för brister i läkemedelshantering. Verktyget för digital signering möjliggör att delegering kan differentieras mer och styras av sjuksköterskan så att rätt person gör rätt insats utifrån sin aktuella kompetens hos rätt kund och i rätt tid. Ny personal måste få växa in i sin yrkeskompetens. Alla kan inte kunna allt efter tre dagars introduktion om man aldrig tidigare arbetat inom vården och då få full delegering. Det är varken patientsäkert eller skapar trygghet för nyanställd personal.

Mål 2017

- Uppföljning och utvärdering av ny rutin Delegering av läkemedel – egenkontroll och uppföljningsseminarier.

⁵ SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård

Uppföljning av Läkemedelsindikatorer för äldre

Utifrån Socialstyrelsens Indikatorer för God läkemedelsterapi hos äldre⁶ (75 år och äldre) följs ett flertal läkemedelsindikatorer nationellt. I *Öppna jämförelser Vården och omsorgen om äldre* är de uppdelade på hemtjänst och särskilt boende (SoL och LSS). Indikatorer har vid flera tillfällen följts i vård och omsorg med manuell registrering under en månad (2011, 2012, 2013). Med miniQ kan flera av indikatorerna nu följas på enhetsnivå på vård och omsorgsboende.

Följande läkemedelsindikatorer för personer 75 år och äldre kommer att följas framöver. Beskrivning nedan av indikatorerna är hämtad ur *Öppna jämförelser 2016 Säker vård*⁷.

Tio eller fler läkemedel hos personer 75 år och äldre

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En god läkemedelsterapi hos äldre minskar risken för fall/fraktur, yrsel, hjärtproblem, blödning (inklusive hjärnblödning), saltbalansrubbnig, bradykardi (långsam hjärtfrekvens), hjärtsvikt, kognitiv störning, lågt blodtryck, magtarmblödning, hypoglykemi (lågt blodsöcker), hudreaktion, njursvikt, kolit (inflammation i tjocktarmen), illamående och kräkning, feber, allergi, depression, andningssvårigheter samt benmärgspåverkan.	Läkemedelsgenomgångar och uppföljningar av behandlingseffekter. Information om läkemedelsanvändning riktad till äldre personer inom äldreomsorgen.

Läkemedel som bör undvikas – olämpliga läkemedel - hos personer 75 år och äldre

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskning av läkemedelsbiverkningar medför minskad risk för dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar och fall, lättare minnesstörningar till förvirring (konfusion), illamående och centralnervösa biverkningar såsom förvirring, serotonergt syndrom samt "restless legs".	Välgrundad indikation och förskrivning av läkemedel samt uppföljning av behandlingseffekter.

Användning av antipsykotiska läkemedel hos personer 75 år och äldre

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskning i doseringen av de antipsykotiska preparaten medför minskade biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och parkinsonliknande symtom.	Förskrivande läkare bedömer förväntad nytta i proportion till risker samt att användning är indicerad på låga doser med kort behandlingstid och uppföljning av effekt och eventuella bieffekter.

Tre eller fler psykofarmaka hos personer 75 år och äldre

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, bland äldre personer bör ses som en signal att det finns risker med behandlingen. Indikatorn omfattar lugnande läkemedel och sömnmedel samt läkemedel som ges vid depressioner eller som används vid akut ångest eller oro som hänger samman med psykoser. Läkemedel är en av de viktigare orsakerna till fall hos äldre. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

Resultat

För totalt 876 personers inlästa läkemedelslistor på vård och omsorgsboende under 2016 var medelåldern 86 år.

- Antal läkemedel per person är i medeltal 11,7 preparat varav 2,1 är för vid behovsbruk.
- Mer än 50 % av personer på boende har antidepressiv behandling.
- Var tredje person på boende har behandling med opioider – narkotikaklassade smärtläkemedel
- Var tredje person på boende har 3 eller fler psykofarmaka
- 18 % har behandling med antipsykosläkemedel
- 43 % har lugnande medel stående eller vid behov
- 34 % har sömnmedel och lugnande (annan klass än ovan) stående eller vid behov

⁶ Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen, Artikelnummer 2010-6-29

⁷ Öppna jämförelser 2016 Säker vård En indikatorbaserad uppföljning, Artikelnummer 2017-1-16

Analys

Läkemedel som redovisas ovan kan var för sig och än mer i kombination medför en ökad risk för läkemedelsbiverkningar (fall, förvirring, mm). Följande går att läsa i Socialstyrelsens rapport⁸:

”Läkemedelsanvändning och fallolyckor har i Socialstyrelsens senaste lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet identifierats som de största riskområdena för uppkomst av vårdskada. Användning av antidepressiva medel och opioider var förenad med en cirka 60 procentig ökad risk för fallskada, för lugnande och sömnmedel var riskökningen 13 procent”.

En ständig strävan att följa upp och ompröva läkemedelsbehandling är nödvändigt. För riskläkemedel som ovan behöver det göras mer än en gång om året. Vid varje ordination av ett läkemedel ska plan för uppföljning och omvärdering göras. Det är ett gemensamt ansvar i vården att ombesörja att så det blir gjort.

Mål 2017

- Uppföljning av följsamhet till nya läkemedelsrutiner och läkemedelsdokumentation genom kollegial journalgranskning i höst

Mål 2017, vård och omsorg

- Att minska antalet läkemedel per person på Vård och omsorgsboende
- Att minska andelen stående ordinationer på lugnande medel.
- Att minska andelen stående ordinationer på sömnmedel
- Att minska andelen antipsykotiska medel
- Att minska andelen 3 eller fler psykofarmaka
- Att vid en läkemedelsgenomgång även utvärdera och ompröva antidepressiv behandling med stöd av Qualid för utvärdering.
- Att påbörja dialog med hemvården om miniQ.

Försämrat hälsotillstånd och klinisk bedömning

Genom ett strukturerat omhändertagande och ett effektivt teamarbete kring patienten med tydlig kommunikation förbättras vårdkvaliteten och patientsäkerheten ökar.

I ”Rutin vid försämrat hälsotillstånd och oväntat dödsfall inom kommunal hälso- och sjukvård” tydliggörs hur personal ska agera vid försämrat hälsotillstånd. Som stöd vid kontakt med hälso- och sjukvård bör personal använda metoden SBAR, S = situation, B = bakgrund, A = aktuellt tillstånd, R = rekommendation.

Beslutsstödet för klinisk bedömning är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

Mål 2016

Att utbilda sjuksköterskor till instruktörer i beslutsstöd och klinisk bedömning.

Åtgärder

- Region Örebro län anordnade instruktörsutbildning för sjuksköterskor i klinisk bedömning och beslutsstöd.
- Region Örebro län samarbetar med länets kommuner för att ta fram en utbildningsfilm angående SBAR för baspersonal i kommunal vård. Den beräknas vara klar våren 2017.

⁸ Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller magtarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel.

Resultat

Sammanlagt fem sjuksköterskor, två från Förvaltningen för funktionshindrade och tre från Vård- och omsorgsförvaltningen utbildades 2016 till instruktörer i beslutsstöd och klinisk bedömning. Instruktörernas utbildningsinsats till kommunens sjuksköterskor har inte kommit igång som planerat under 2016.

Självskattning

Följande fråga har ställts till enheter som har sjuksköterskor: ”Görs bedömning enligt ”Checklista beslutsstöd” av sjuksköterska då den enskildes hälsotillstånd hastigt försämras”?

- Inom vård- och omsorgsförvaltningen är det 17 enheter som besvarat frågeställningen och av dessa har 52 % svarat ja.
- Inom Förvaltningen för funktionshindrade är det 1 enhet som besvarat frågeställningen och denna enhet har svarat ja (100 %).

Följande fråga har ställts till alla enheter: ”Tas kontakt med sjuksköterska vid försämrat hälsotillstånd och fallhändelser då personen är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård”

- Inom vård- och omsorgsförvaltningen är det 41 enheter som besvarat frågeställningen och av dessa har 100 % svarat ja. 18 enheter har inte svarat på frågan.
- Inom Förvaltningen för funktionshindrade är det 43 enhet som besvarat frågeställningen och av dessa har 41 enheter (95 %) svarat ja. Det framkommer att en enhet svarar nej och att en enhet svarar delvis. 18 enheter (30 %) har inte alls besvarat frågan.

Analys

Inom Örebro kommun finns nu fem utbildade instruktörer. Dessa ska i samråd med utvecklingsenheten 2017 påbörja utbildning av alla sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Instruktörerna ska vara en resurs i den egna kommunens sjuksköterskegrupp så att arbetssättet upprätthålls och utvecklas.

Att kommunens sjuksköterskor arbetar utifrån beslutsstöd och klinisk bedömning samt att baspersonal kommunicerar försämrat hälsotillstånd enligt SBAR bidrar till ett strukturerat omhändertagande och ett effektivt teamarbete kring patienten med tydlig kommunikation. Beslutsstöd och klinisk bedömning bidrar även till att sjuksköterskor får ett ökat stöd i bedömningen att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Sammantaget leder detta till att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ökar.

Av självskattningen framkommer höga resultat angående frågeställningen ”Tas kontakt med sjuksköterska vid försämrat hälsotillstånd och fallhändelser då personen är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård”. Medicinskt ansvariga ser fortsatt behov av att alla enheter har en genomgång av rutinen så att den är känd och följs av alla.

Under våren 2017 ska det nya informationssystemet Lifecare sättas i drift. Förhoppningsvis möjliggör det nya systemet en förenklad informationsöverföring (statusmeddelande) av vitalparametrarna i beslutsstödet.

Mål 2017

- Instruktörerna ska under 2017 påbörja utbildning av sjuksköterskor i kommunen enligt framtaget utbildningsmaterial.
- Instruktörerna får påbyggnadsutbildning.
- ”Rutin vid försämrat hälsotillstånd och oväntat dödsfall inom kommunal hälso- och sjukvård” ska vara känd och följas av alla.
- Genomföra utbildning gällande SBAR för baspersonal utifrån den utbildningsfilm som beräknas vara klar våren 2017.
- Granskning av informationsöverföring (statusmeddelande) av vitalparametrarna statusmeddelandet i Lifecare

Egenvård

Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvård bedömt att en person kan utföra själv eller utför med hjälp av någon annan. Den egenvård som den enskilde utför själv, eller med hjälp av någon annan räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Egenvårdsbedömning enligt SOSFS 2009:6 innebär sammanfattningsvis att legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvård gör en bedömning och dokumenterad planering om att ordinerad vård eller behandling utförs/sker på ett säkert sätt. Den enskilde ska få en kopia av egenvårdsplanen. Det kan vara i form av utdrag ur journal eller specifik framtagen blankett.

Avseende rehabilitering gäller motsvarande angående egenträning som patient bedöms kunna göra själv eller med hjälp av andra.

Om den enskilde behöver hjälp med egenvård av personal i kommunen bör en samordnad individuell plan (SIP) upprättas, under förutsättning att samtycke lämnats av den enskilde. SIP gör tydligt för alla inblandade vilka insatser respektive huvudman svarar för och hälso- och sjukvården får möjlighet att göra en aktuell egenvårdsbedömning.

Förvaltningen för funktionshindrade har sedan 2015 ”Rutin för egenvård” och i den finns det en av kommunen framtagen blankett som kan användas i samband med egenvårdsbedömning.

Åtgärder

Det har under 2016 initierats arbete med att verksamheten efterfrågar egenvårdsbedömningar enligt Socialstyrelsens föreskrifter och rutin för de personer som har behov.

Analys

Det uppstår ofta frågor i verksamheten angående hantering och utförandet av egenvårdsbedömning och egenvård då egenvårdsbedömningar ofta inte är dokumenterade på korrekt sätt. Rutiner är otydliga och inte alltid kända av dem de berör. Medicinskt ansvariga ser ett stort behov av att utveckla och förtydliga hela egenvårdsprocessen tillsammans med Region Örebro län. Medicinskt ansvariga i länet planerar under 2017 att initiera den processen.

Mål 2017

- De personer som har hjälp av kommunal personal att utföra egenvård ska ha en egenvårdsbedömning enligt Socialstyrelsens föreskrifter.
- Förtydliga egenvårdsprocessen tillsammans med Region Örebro län.

Palliativ vård

Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande och stödjande. Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem.

Örebro kommun har under flera år haft två anställda sjuksköterskor, palliativa vårdsamordnare med uppdrag att samordna och planera den palliativa vården. De tidigare palliativa vårdsamordnarna slutade sin anställning december 2015. Två nya palliativa samordnare anställdes september 2016 med ett nytt uppdrag att vårdplanera personer som är i behov av palliativ vård i ordinärt boende inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

Mål 2016

Målområde för den palliativa vården 2016 var att kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner, kvalitetssäkra kompetens för all personal samt fortsatt förbättrad resultat indikatorer enligt svensk palliativregistret. Palliativ vårdsamordnare följer personalkontinuitet gällande omvårdnadspersonalens besök hos personer som har fått palliativ vård i sen fas.

Åtgärder

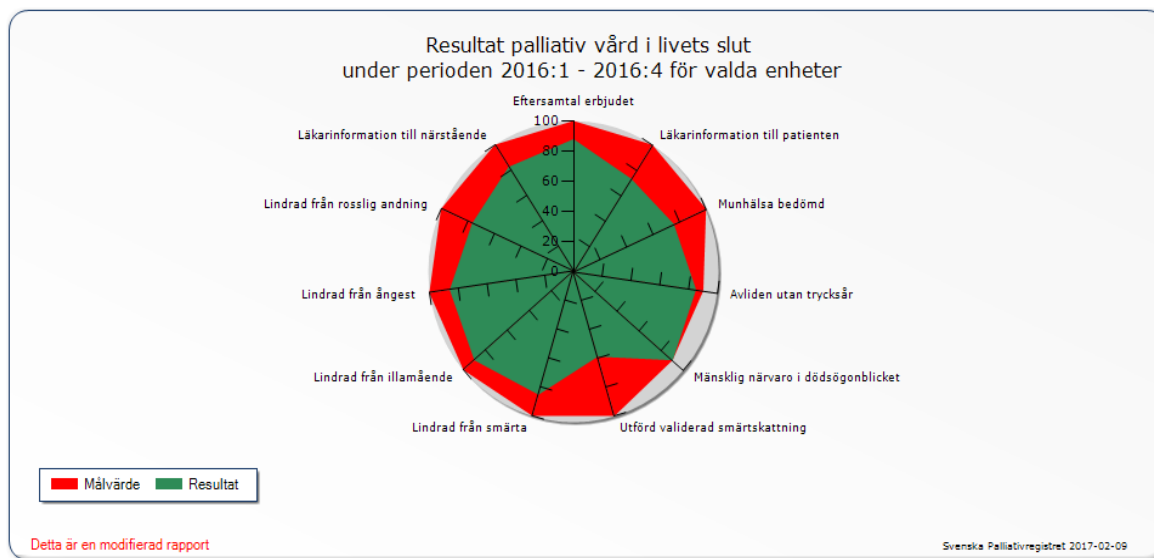
- Palliativa vårdsamordnare har samordnat och planerat hälso-sjukvård och omsorgsinsatser för personer inom Vård- och omsorgsförvaltningen som har behov av palliativ vård i samband med utskrivning från slutenvården.
- Nyanställda sjuksköterskor har fått utbildning i palliativ vård och symtomlindring med fokus på munhälsobedömning och att använda validerad smärtskattning.
- Webbutbildning i palliativ vård (GRADE) har gjorts tillgänglig för alla enheter/verksamheter. Under hösten 2016 genomfördes palliativombudsträffar med enhetschefer, sjuksköterskor och arbetsterapeut för att säkerställa genomförandet av webbutbildning i palliativ vård för all personal.
- Fast vårdplan för palliativ vård har skapats för att kvalitetssäkra dokumentation i palliativ vård.
- Palliativa vårdsamordnarna har erbjudit handledning och rådgivning i palliativ vård.

Resultat

Övergripande resultat från Svenska palliativa registret för Örebro kommun år 2016

Urval: Alla vård och omsorgboende, hemsjukvård och hälso- sjukvårdsenheten.

Registrerat dödsfall var 57 dödsfall färre i jämförelse med 2015.



Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2016	Skillnad mot 31/12 2015
Eftersamtal erbjudet	100	87,9	+4,3
Läkariinformation till personen	100	73,2	-4,0
Munhälsa bedömd	100	75,7	+0,8
Avliden utan trycksår	90	85,0	-2,2
Människlig närvaro i dödsögonblicket	90	90,1	-2,5
Utförd validerad smärtskattning	100	59,0	-6,2
Lindrad från smärta	100	85,3	+3,5
Lindrad från illamående	100	90,1	+4,4
Lindrad från ångest	100	85,9	+6,1
Lindrad från rosslig andning	100	76,6	+0,1
Läkariinformation till närstående	100	82,5	+3,2

Analys

Resultat i Svenska Palliativregistret (SPR)

Den palliativa vården i Örebro kommun har fortsatt att utvecklas mot Svenska Palliativregistret uppställda mål. Antalet registrerade dödsfall är 385. I jämförelse med 2015 har 2016 årsresultat visat ytterligare förbättring i målområde att lindra från smärta, illamående, ångest som närmar sig målvärde. Det har skett en försämring i målområde att använda validerad smärtskattning. Målet i detta kvalitetsområde för 2016 har inte uppnåtts och kommer att vara högsta prioriterade målområde för 2017. Resultat i kvalitetsområde mänsklig närvaro i dödsögonblicket har uppnått målvärde vilket är bra.

Personalkontinuitet

I statistikuttag 2016 beträffande personkontinuitet ses en stor variation emellan de olika hemvårdsområdena inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Vissa enheter har en mycket låg personalkontinuitet medan andra har upp till 48 olika omvårdnadspersonal som haft besök hos personer i behov av palliativ vård under en tvåveckorsperiod.

Mål 2017

Örebro kommun ska fortsätta att använda Nationella vårdprogrammet för palliativ vård som ett stöd för det dagliga arbetet med vården av de palliativa personerna⁹.

- Kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner, kvalitetssäkra kompetens för all personal för att förbättra resultat i alla indikatorer enligt svensk palliativregistret.
- Förbättra resultat och uppnå målvärde för kvalitetsindikatorer validerad smärtskattning i svenska palliativregistret.
- Alla personer med palliativt vårdbeslut ska ha en fast palliativ vårdplan i journalen.
- Förbättra personalkontinuitet inom Vård- och omsorgsförvaltningen gällande omvårdnadspersonal i hemsjukvårdsområdena som besöker person dag och kväll i palliativ vård sen fas. Målvärde är max 12 personal under en tvåveckorsperiod.
- Inom Förvaltningen för funktionshindrade ska all personal på hälso-sjukvårdsenheten, HSE samt personal på enheter som kommer i kontakt med personer i behov av palliativ vård genomföra Webbutbildning GRADE
- Inom vård och omsorg ska all personal genomföra Webbutbildning i palliativ vård GRADE.
- Utveckla samverkan gällande palliativvård mellan Region Örebro och Örebro kommunen.

Demenssjukdom och kognitiv svikt

Intentionen i Örebro kommun är att det ska finnas olika vårdalternativ för olika behov under sjukdomsförloppet hos personer med demenssjukdom (dagvård, gruppboende, vårdboende, samt boende för särskilda behov – BPSD, frontallobs symptom, yngre personer).

Med en väl utvecklad personcentrerad vård är det möjligt för personer med demenssjukdom att bo kvar hemma längre och på gruppboende eller vårdboende även med varierande symptom och beteenden – BPSD. En förutsättning för en personcentrerad vård är att vården och omsorgen följer och anpassar sig till den enskildes specifika behov för att inte kraven i vardagen ska bli för belastande för personen¹⁰.

Mål 2016

Att utveckla och kvalitetssäkra den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen samt att kvalitetssäkra kompetens inom hälso- och sjukvård har varit prioriterat 2016. Målsättningar har varit att utveckla den personcentrerade vården samt att säkerställa den strategiska kompetensförsörjningen inom demensvården.

Åtgärder

- Kompetensutveckling i personcentrerad vård vid demenssjukdom och implementering av BPSD-registret på boenden har under 2016 fokuserats till de enheter som sedan tidigare är anslutna till registret, men inte kommit igång med arbetssättet. 28 personer har utbildats till administratörer i registret och 135 personer har deltagit vid utbildningsdag om personcentrerad vård vid demenssjukdom.

⁹ Vårdprogrammet är utarbetat inom ramen för det samarbete som finns mellan Sveriges Regionala cancercentrum och beskriver palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer.

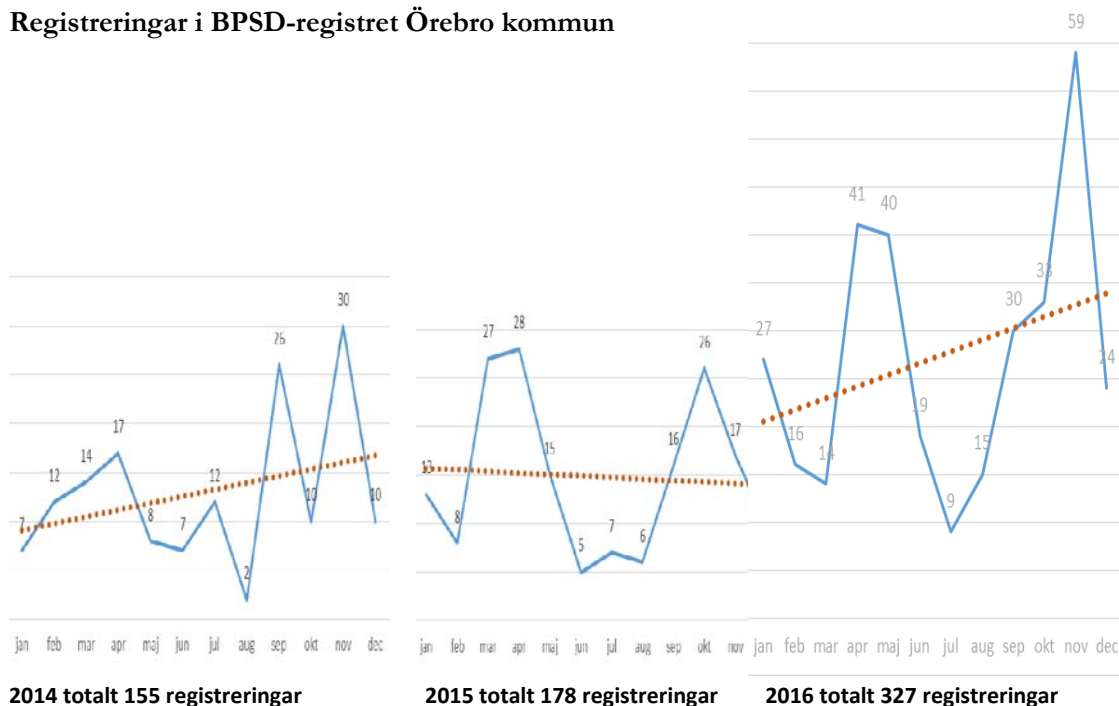
Nationellt vårdprogram Palliativ vård <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-varld/palliativ-varld/varldprogram/>

¹⁰ Nationella riktlinjer, vård och omsorg vid demenssjukdom <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-7>

- I hemvården påbörjades utveckling av kognitiva stödteam integrerat i införandet av utredning i hemmet. Ca 1 tredjedel av all omvårdnadspersonal samt arbetsterapeuter och sjuksköterskor har utbildats i personcentrerad vård. Utbildningen fortsätter 2017 med fördjupad utbildning och med handledning i BPSD i hemvården.
- Behov av utveckling av personcentrerad vård vid demenssjukdom, gemensamma metoder och möjlighet till stöd och handledning i hela vårdkedjan för att förebygga och möta BPSD, har lyfts till ledningen och ett underlag för ett riktat uppdrag har tagits fram.
- Beslut har fattats att Örebro kommuns riktlinje för vård och omsorg av personer med demenssjukdom, som senast uppdaterades 2007, ska revideras. Myndighetsavdelningen har fått detta uppdrag.

Resultat

Registreringar i BPSD-registret Örebro kommun



2014 totalt 155 registreringar

2015 totalt 178 registreringar

2016 totalt 327 registreringar

Antal registreringar i BPSD-registret har ökat med 84 % sedan förra året.

På de gruppboende eller vårdboende för personer med demenssjukdom som är anslutna till BPSD-registret är det 26 % av de boende som har en registrering 2016. Totalt 197 personer har under 2016 erhållit minst en skattning och registrering i BPSD-registret.

Antal vård och omsorgsboenden som är anslutna till registret har ökat med en enhet och är nu 15 stycken av totalt 21 där det finns grupp- eller vårdboenden för personer med demenssjukdom.

Självskattning

Sammantaget är det 84 % av de 68 enheter som svarat, som anger ett ja på frågan: ”Anpassar och planerar teamet vården och omsorgen med den enskildes delaktighet och med hänsyn till aktivitetsförmåga och kognitiv funktion?”

Inom Förvaltningen för funktionshindrade är det bara hälften av enheterna som bedömt frågan som relevant och svarat. Alla dessa enheter svarar ja.

Inom vård och omsorgsboende är det 75 % (15 av 20) som svarar ja. 5 av 20 anger att de bara delvis lever upp till detta och att det är ett utvecklingsområde. 52 enheter har inte svarat på frågan.

Analys

Det saknas till stor del ett strukturerat arbetssätt med grundlig kartläggning av personens behov och situation där hela teamet, inklusive läkaren är involverade i bedömning av rådande situation. Arbetssättet blir ofta reaktivt istället för proaktivt.

Följande förbättringsområden har identifierats:

- **Ökad kompetens inom personcentrerad vård vid demens.** Det behövs en fortsatt satsning på kompetenstrappan i demensvård, bättre introduktion för nya chefer och riktad utbildning för biståndshandläggare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Då felaktig användningen av psykofarmaka är vanligt förekommande i vården av personer med demenssjukdom är en förutsättning för att minska användandet av psykofarmaka att öka kompetensen hos personalen och utveckla en personcentrerad vård och omsorg.
- **Tydligare dokumentation** där kartläggning, planering, genomförande och uppföljning framgår.
- **Gemensam metodik.** Det behövs en fortsatt satsning på BPSD-registret och stöd till implementering och handledning till administratörerna samt gemensam metod för utredning och bedömning inför beslut om inriktning på boende.
- **Handledning och stöd.** Satsning på handledning och stöd i hela vårdkedjan för att uppnå ett proaktivt arbetssätt samt riktat stöd till nya enhetschefer
- **Planering av resurser.** Förutsättningar behövs för flexibel bemanning för att kunna bemanna efter behov samt planering med en proaktiv plan, van personal och kontinuitet.
- **Bättre läkarstöd.** Struktur för samverkan och konsultation med specialister saknas och efterfrågas allt för sent. Överenskommelse med Regionen behövs angående stöd från specialistläkare.
- **Tydliga riktlinjer** med kriterier för olika vårdformer.

Mål 2017

- Fortsätt utveckla den personcentrerade vården för personer med demenssjukdom i hela vårdkedjan.
- Alla personer med demenssjukdom ska ha en individuell planering som innefattar anpassad måltidssituation, möjlighet till utevistelse och fysisk aktivitet.
- Alla demensboenden ska vara anslutna och arbeta med BPSD-registret.
- Revidering av de kommunala riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska vara genomförd 2017.

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett område som under lång tid har varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomsten relativt vanlig. Det beskrivs i ”Handlingsplan sammanhållen vård och omsorg för äldre i Örebro län 2016-2018” att kunskap och handlingsberedskap hos personal som möter äldre i sitt dagliga arbete i Örebro län behöver ökas. Syftet med denna inriktning är att skapa trygghet i mötet med äldre samt att stödja enskilda personer till att ta kontakt med rätt vårdnivå¹.

Under 2017-2018 ska det i Örebro län genomföras utbildning i ”Första hjälpen till psykisk hälsa”. Målsättningen i Örebro län är att det ska finnas minst en ”Första hjälpen instruktör” i varje länsdel.

Mål 2017

- Ett förebyggande arbete med minst en aktivitet för äldre som motverkar isolering samt ökar möjlighet till delaktighet genom meningsfulla aktiviteter och god psykisk hälsa ska utföras inom området.

Psykiatrisk hemsjukvård

Överenskommelse mellan Region Örebro län och länets kommuner om hemsjukvård för personer med psykiska funktionsnedsättningar fastställdes och implementerades med en tillhörande rutin 2015. Om kriterier enligt rutinen är uppfyllda kan kommunal hemsjukvård vid psykisk störning upp till sjuksköterske- och arbetsterapeutnivå aktualiseras. För utförda uppdrag inom psykiatrisk hemsjukvård utgår ersättning från Regionen till kommunen.

Det har under 2016 inte skett någon förändring avseende gränssnittet i Örebro kommun för personer med psykiatrisk hemsjukvård mellan Vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade.

Åtgärder

Under 2016 har ”Rutin för hemsjukvård vid psykisk störning i ordinärt boende ” reviderats med utgångspunkt från överenskommelsen mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län.

Resultat

”Rutin för hemsjukvård vid psykisk störning i ordinärt boende ” har blivit godkänd av Utvecklingsgruppen för psykisk hälsa och missbruk under hösten 2016.

Under 2016 inte har det inte inkommit några underlag för ekonomisk ersättning utifrån psykiatrisk hemsjukvård till Örebro kommun från Region Örebro län.

Utvecklingsgruppen ”Psykisk hälsa och missbruk” har tillstyrkt att implementeringsgruppen, som består av Regionens verksamhetsutvecklare inom psykiatri, psykiatrisjuksköterska samt medicinskt ansvariga från länet, ska fortsätta sitt arbete tills vidare.

Analys

Regionens verksamhetsutvecklare inom psykiatri informerar om att det under 2016 inte har inkommit några underlag för ekonomisk ersättning till Örebro kommun från Region Örebro län. Innebär då detta att kommunen inte fått överta några personer inom begreppet psykiatrisk hemsjukvård som vårdas i Örebro kommun eller är det så att underlag för ekonomisk ersättning inte har hanterats enligt rutin.

Under våren 2017 planerar implementeringsgruppen psykiatrisk hemsjukvård ett nytt informationsmöte riktat till nyckelpersoner inom Regionen Område psykiatri, chefer och medarbetare inom Vård- och omsorgsförvaltningen samt Förvaltningen för funktionshinder och då främst riktat till Socialpsykiatrin. Syftet är att på nytt aktualisera begreppet Psykiatriska hemsjukvård.

Mål 2017

- Att arbetet med Psykiatrisk hemsjukvård fortsätter enligt överenskommelse och rutin.

Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatris uppdrag är att vårda personer som är dömda till vård enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Varje person har ett tvärprofessionellt team kring sig som tillsammans med personen arbetar med individens problematik. Det sker regelbunden prövning av personens vårdbehov vid förhandlingar i Förvaltningsrätten.

Rättspsykiatris öppenvårdsenhet innefattar ett mobilt team med sjuksköterskor som vårdar personer som befinner sig i rättspsykiatrisk öppenvård. En del av dessa personer har insatser från legitimerad samt övrig personal i Örebro kommun.

Åtgärder

Under hösten 2016 har ett möte där Rättspsykiatris mobila team och hälso- och sjukvårdsenheten träffats med syfte att tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret för de personer som har insatser från dessa båda huvudmän. De områden som initialt prioriterades är att tydliggöra läkemedelshanteringen och hur inkomna avvikelser ska hanteras för dessa personer.

Resultat

Arbetet fortsätter under våren 2017 med att tydliggöra läkemedelshanteringen och hur inkomna avvikelser ska hanteras för dessa personer.

Analys

Viktig för patientsäkerheten att tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret för de personer som har insatser från rättspsykiatrin och pågående insatser från Hälso- och sjukvårdsenheten, HSE. En viktig aspekt i denna tydlighet är att personal på enheterna vet vem av huvudmännen som ansvarar för vad.

Kommunens personal får inte bedriva tvångsvård utan den kommunala vården är baserad på frivillighet. Den öppna rättspsykiatriska vården bygger på följsamhet utifrån individuella ställningstagande för personerna. Om vissa insatser uteblir kan konsekvensen för personen bli att öppen rättspsykiatrisk vård inte är lämplig. En åtgärd som skulle skapa förutsättning med att tydliggöra respektive huvudmans ansvar för personen är SIP men denna metod bygger på frivillighet, så i nuläget arbetar Rättspsykiatrin med så kallade överlämningsmöten. Formerna för dessa möten behöver tydliggöras.

Mål 2017

- Att under 2017 skapa rutiner för att tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret för de personer som har insatser från rättspsykiatrin och pågående insatser från Hälso- och sjukvårdsenheten, HSE.

Suicidprevention

Självord och självmordsförsök är ett folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen. Socialstyrelsen skriver att en effektiv suicidprevention grundar sig på insikten av att självmord och självmordsförsök går att förebygga. En strukturerad självmordsbedömning och ett snabbt omhändertagande spelar stor roll.

Region Örebro län har utarbetat ”Riktlinjer för suicidprevention inom kommunal vård och omsorg i Örebro län”. Förvaltningen för funktionshindrade utarbetade 2015 ”Rutin för att förebygga självmord och självmordsförsök” utifrån Region Örebro läns riktlinje.

Alla medarbetare i Örebro kommun bör ha en beredskap för att möta patienter med självmordsbenägenhet.

Åtgärder

- I samband med den internationella suicidpreventionsdagen den 10 september anordnade Region Örebro län en lokal suicidpreventionsdag för kommunerna i länet samt Region Örebro län. 2016 års lokala dag hade inriktning äldre.
- Inom Förvaltningen för funktionshindrade har enheter erbjudits utbildning i suicidprevention under 2016 samt att enheter har fått genomgång av ”Rutin för att förebygga självmord och självmordsförsök”.

Resultat

Utbildning har erbjudits till de enheter i Förvaltningen för funktionshindrade som chefer bedömt som relevanta.

- Inom bostad med särskild service har 120 medarbetare fått utbildning i suicidprevention.
- 36 av verksamheterna inom bostad med särskild service har gått igenom rutinen för suicidprevention.
- Inom insatsen personlig assistans har majoriteten av verksamheterna där det är relevant gått igenom rutinbeskrivningen.
- Inom Socialpsykiatrin har alla enheter fått genomgång av ”Rutin för att förebygga självmord och självmordsförsök”.

Analys

Förvaltningen för funktionshindrade har i och med utbildningsinsatsen goda förutsättningar att arbeta förebyggande mot suicid. Den ökade nivån på kunskap kring självmordstankar och självmord inom de olika verksamheterna förväntas bidra med att risker för suicidsituationer kan minska. Då evidens visar att främst äldre män begär suicidhandlingar borde arbetet med suicidprevention även pågå i Vård- och omsorgsförvaltningen.

Mål 2017

- Alla medarbetare i Örebro kommun ska ha en beredskap för att möta personer med självmordsbenägenhet.

Övergripande mål och strategier kommande år

Övergripande målsättning inom vårdgivaren Örebro kommun är att erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering som bygger på den enskildes delaktighet.

Prioriterade målområden och strategier för patientsäkerhet 2017

Kvalitetssäkring av riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården.

- Tillskapande av övergripande riktlinje om rehabilitering som innefattar rehabilitering på olika nivåer i organisationen.
- Egenvårdsbedömning enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska finnas för de personer som har hjälp av kommunal personal att utföra egenvård.
- Revidering av de kommunala riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Kvalitetssäkring av den individuella hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringsprocessen.

- Bedömningar av aktivitetsförmåga och den enskildes målsättningar ska finnas till grund i ett rehabiliterande arbetssätt för hela teamet.
- Analys av bakomliggande orsak ska ingå i riskbedömning vid risk för fall samt vid analys efter fallhändelse.
- På vård och omsorgboende ska läkemedelsgenomgång göras med stöd av miniQ.
- Införande av digital signering i hela vård- och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade.
- Utveckling av den personcentrerade vården för personer med demenssjukdom.

Kvalitetssäkring av samverkan och informationsöverföring internt och externt.

- Säkerställande av kontaktvägar inom vårdgivaren Örebro kommun och mellan Örebro kommun och annan vårdgivare.
- Relevant dokumentation ska finnas i Statusmeddelandet i systemet för vårdplanering då personen är inskriven i kommunens hälso- och sjukvård.
- Samordnad individuell plan (SIP) ska användas vid behov av samordning av insatser för den enskilde med sammansatta behov.
- Nationell patientöversikt (NPÖ) ska användas av legitimerad personal i kommun för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar samt fortlöpande.
- Örebro kommun ska ha tillgång till den nya modulen för hjälpmedelsförskrivning för förskrivare när den är färdig.

Kvalitetssäkring av det systematiska förbättringsarbetet och säkerställande av den systematiska uppföljningen av hälso- och sjukvården.

- Utveckling av ett systematiskt arbetssätt med fastställd struktur och forum för återkoppling av uppföljning och resultat i verksamheten.
- Genomförande av utbildning i hälso- och sjukvårdsfrågor för enhetschefer.
- Revidering av riktlinjer, rutiner och metodstöd för avvikelseprocessen.

Kvalitetssäkring av kompetens inom hälso- och sjukvård - legitimerad personal samt utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser.

- Introduktionsutbildningen i vardagsrehabilitering ska genomföras av all bas/omvårdnadspersonal inom vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade.
- De basala hygienriktlinjerna ska vara kända och följas av alla medarbetare.
- ”Rutin vid försämrat hälsotillstånd och oväntat dödsfall inom kommunal hälso- och sjukvård” ska vara kända och följas av alla.
- Webbutbildning i palliativ vård GRADE ska genomföras av all vård och omsorgs personal samt all personal på enheter som kommer i kontakt med personer i behov av palliativ vård inom Förvaltningen för funktionshindrade.