

Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2020

Beslutad av Programnämnd social välfärd,
Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet 2020

Mål, de viktigaste åtgärderna som vidtagits, de viktigaste resultaten som uppnått och en blick framåt.

Mål och strategier för 2020

Programnämnd social välfärd beslutade om följande målområden för verksamheterna att förbättra och utveckla under 2020 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- Hälso- och sjukvårdsansvar – tydliggöras för ledningsfunktioner
- Hälso- och sjukvårdsprocessen – tydliggöras för legitimerade och chefer
- Systematiskt kvalitetsarbete – öka kunskapen och utveckla arbetsätt
- Kompetensstyrning och kompetensutveckling – behov av strategi och struktur

Förutom att nämnderna fastställde mål och strategier för 2020 beslutades även att verksamheten skulle utforma handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga. Arbetet inleddes i februari med workshop med egenregins verksamhetschefer/avdelningschefer och handlingsplan påbörjades men arbetet har inte kunnat slutföras på grund av pandemin. Nedan sammanfattas de åtgärder som ändå har genomförts eller påbörjats under året.

Åtgärder som vidtagits utifrån målområden

Hälso- och sjukvårdsansvar – tydliggöra ansvar för ledningsfunktioner

- Introduktionsutbildning i hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete för chefer och ledningsfunktioner.
- Introduktionsprogram för nya chefer på vård- och omsorgsboende har utvecklats.
- Vägledning till chef vid introduktion av nyanställd legitimerad personal har tagits fram.
- Utbildning och workshop i systematiskt patientsäkerhetsarbete för egenregis högsta ledning.

Hälso- och sjukvårdsprocessen – tydliggöras för legitimerade och chefer

- Ett arbete pågår av medicinskt ansvariga med att uppdatera och skapa nya riktlinjer och styrdokument i syfte att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras.
- Utbildning för arbetsterapeuter i hälso- och sjukvårdsprocessen i hemsjukvården (Voo), hälso- och sjukvårdsenheten (Fsi) och vård- och omsorgsboenden (Voo) har genomförts.

Systematiskt kvalitetsarbete – öka kunskapen och utveckla arbetsätt

- Regelbundna möten mellan medicinskt ansvariga och verksamhetschefer om patientsäkerhet har genomförts.
- Ny riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete har tagits fram
- Nya mallar för egenkontroller och rapporter för sammanställning och analys av verksamhetens patientsäkerhetsarbete har tagits fram

Kompetensstyrning och kompetensutveckling – behöver säkerställas

- En förvaltningsövergripande styrgrupp med verksamhetschefer, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga har formerats under året för att samordna och leda internutbildare i dokumentation, instruktörer för kliniskbedömning och förflyttningsinstruktörer.
- Ny kompetensstrategi för demensområdet har antagits.
- Utvecklad ombudsorganisation med tydliga uppdrag för palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare.

Resultat och analys

Hälso- och sjukvårdsansvar

Fortfarande ses brister i beslutsprocesser där man inte alltid tar hänsyn till identifierade konsekvenser för patientsäkerheten eller där funktioner med reglerat ansvar för hälso- och sjukvården inte blir involverade.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Behovet av att skapa en struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete, är något som lyfts i patientsäkerhetsberättelsen i flera år utan några konkreta åtgärder vilket gör att det är ett område som behöver prioriteras kommande år, särskilt då hälso- och sjukvårdsorganisationen centraliseras allt mer.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna har under de senaste åren ökat sin medvetenhet om vikten av att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, men fortfarande saknas en tydlig gemensam struktur där man utifrån genomförda egenkontroller, riskanalyser och analys av avvikelser får ett lärande i organisationen som leder till förbättringar.

Enligt nationell handlingsplan ska alla huvudmän ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 2020–2024. Idag saknas strategi för en patientsäkerhetskultur i Örebro kommun och framtagandet behöver prioriteras av högsta ledningen.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

Det saknas övergripande strategi och struktur med tydlig ansvarsfördelning för kompetensstyrning och utbildningar och som inkluderar båda förvaltningarna och externa utförare.

Många bra arbeten pågår inom flera områden (se stycket funktioner med spetskompetens – del av kompetensstyrning) för en ökad kompetens med olika lösningar på styrning och organisation.

Egenkontroller, Riskanalyser och Utredning av avvikelser

Årets pandemi har hindrat fokus och utveckling på systematiskt kvalitetsarbete men medicinskt ansvariga ser ändå en positiv utveckling. Fler riskanalyser har vidtagits i relevanta situationer, egenkontroller har genomförts trots mycket ansträngt läge och sammanfattande analyser av resultatet har presenterats. För avvikelshanteringen och arbetet med att utreda, analysera orsak och vidta åtgärder som följs upp i syfte att förhindra upprepning, kvarstår samma brister som tidigare år, man fullföljer inte processen, även om vissa enheter anger att man har utvecklat strukturen för arbetet.

Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser

Årets resultat av patientsäkerhetsarbete har helt präglats av pandemin. Fokus på att hantera pandemin har bidragit till att ledningen prioriterade arbetet med att minska smittspridning och många chefer har varit och är fortfarande direkt operativa i stabsarbetet. Planerat utvecklingsarbete och kompetensinsatser har fått skjutas upp. En del patientsäkerhetsarbete har blivit eftersatt. Behov finns att följa upp konsekvenser av pandemin under 2021.

Mål och strategier 2021

På grund av det fokus som verksamheterna behövt lägga på allt vad coronapandemin fört med sig och som gjort att mycket av det planerade arbetet för förbättrad patientsäkerhet fått skjutas upp föreslår medicinskt ansvariga att ha kvar samma mål som året innan och att arbete med påbörjad handlingsplan återupptas och fortsätter och följs upp under 2021.

Innehåll

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet 2020	3
Mål och strategier för 2020	3
Åtgärder som vidtagits utifrån målområden.....	3
Resultat och analys	4
Egenkontroller, Riskanalyser och Utredning av avvikelser	4
Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser.....	4
Mål och strategier 2021	4
Innehåll.....	5
Inledning	6
STRUKTUR.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Patienters och närståendes delaktighet	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	15
Klagomål och synpunkter.....	15
Egenkontroll.....	16
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
Målområden och strategier 2020	16
Åtgärd som påverkat patientsäkerheten negativt	19
Riskanalys.....	19
Utredning av händelser - vårdskador.....	22
Informationssäkerhet	23
RESULTAT OCH ANALYS.....	23
Målområden och strategier 2020	24
Egenkontroller	25
Andra uppföljningar	28
Avvikelser	35
Klagomål och synpunkter.....	36
Riskanalys.....	36
Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser.....	37
Samlad analys av medicinskt ansvarig.....	40
Mål och strategier för 2021	41

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen 2020 sammanfattar Örebro kommuns arbete med patientsäkerhet under året och är sammanställd av medicinskt ansvariga.

Patientsäkerhetsberättelsen presenteras under fyra huvudrubriker:

- Struktur – beskriver organisation, ansvar och arbetssätt i Örebro kommun.
- Process – beskriver de åtgärder som genomförts under året för att förbättra identifierade brister.
- Resultat/Analys – beskriver resultatet av arbetet under året och analys av detta.
- Mål och Strategier för 2021.

Kursiv text förklarar det som är reglerat för innehållet i en patientsäkerhetsberättelse och vad hänvisningar till lagar och föreskrifter under respektive rubrik innebär.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet och hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år.

Utifrån de brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2019 fattades beslut om fyra målområden för 2020 som verksamheterna ska förbättra och utveckla som ett led i att stärka patientsäkerheten. Besluten fattades i programnämnd social välfärd och respektive driftsnämnd för Vård- och omsorgsförvaltningen, Förvaltningen för funktionsstöd (numera Förvaltningen för sociala insatser).

- Hälso- och sjukvårdsansvar – tydliggöras för ledningsfunktioner
- Hälso- och sjukvårdsprocessen – tydliggöras för legitimerade och chefer
- Systematiskt kvalitetsarbete – öka kunskapen och utveckla arbetssätt för chefer och ledning
- Kompetensstyrning och kompetensutveckling – struktur behöver fastställas

Beslut togs av nämnderna att verksamheten ska utforma handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga. Arbete med handlingsplan för att uppnå ovan beskrivna mål påbörjades men har inte kunnat fullföljas till följd av pandemin. Delar är genomförda och beskrivs under stycket Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten, sid 15.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § p 1

Beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Programnämnd social välfärd har av kommunfullmäktige tilldelats det övergripande ansvaret att utöva ledning av hälso- och sjukvård för samtliga av nämnden definierade utförare inom vård och omsorgsområdet. Övergripande mål för patientsäkerhet fastställs av programnämnden.

Delar av verksamheten inom programområdet är konkurrensutsatt och programnämnden ansvarar för externa utförare. Vårdgivaransvaret för egenregin är fördelat till tre driftsnämnder, Funktionsstödsnämnd ansvarar för Förvaltningen för Sociala insatser, Hemvårdsnämnd och Vårdboendenämnd ansvarar för Vård- och omsorgsförvaltningen.

De tre privata vård- och omsorgsboendena är egna vårdgivare och skriver egna patientsäkerhetsberättelser men innefattas delvis även i denna patientsäkerhetsberättelse.

Vårdgivaren Örebro kommun – egenregin

De tre driftsnämnderna Funktionsstödsnämnden, Hemvårdsnämnden och Vårdboendenämnden, har för sitt respektive område ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

En vårdgivares ansvar omfattar även att:

- ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens
- se till att verksamheten har ett ledningssystem, det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet
- se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler
- utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.

Organisation

I Vård- och omsorgsförvaltningen (Voo) och Förvaltningen för sociala insatser (Fsi) är ansvaret fördelat på flera chefsnivåer:

- förvaltningschef – tillika verksamhetschef enligt HSL
- verksamhetschefer med ansvar för ett verksamhetsområde inom förvaltningen
- avdelningschef med ansvar för flera enhetschefer inom ett verksamhetsområde
- enhetschef med ansvar för en enhet.

Varje chefsnivå har en ledningsgrupp:

- förvaltningschef med verksamhetschefer
- verksamhetschefer med avdelningschefer
- verksamhetschefer med enhetschefer
- avdelningschefer med enhetschefer

I Fsi och i verksamhetsområde hemsjukvård i Voo är legitimerad personal, arbetsterapeuter och sjuksköterskor, centralt organiserade i en hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) och en hemsjukvårdsenhet (HSV).

På vård- och omsorgsboenden och inom förebyggande verksamheter som dagverksamheterna, organiseras legitimerad personal inom respektive enhet.

Barn och unga

Inom Förvaltningen för sociala insatser finns tre enheter för barn och unga under 21år, med beslut om insatsen bostad med särskild service enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). För dessa utförs kommunal hälso- och sjukvårdsinsats via Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE). Kommunen har inte sjuksköterskor med specialistutbildning inom område barn och unga men HSE har anställda sjuksköterskor med erfarenhet inom barnsjukvård.

Vårdgivaren Örebro kommun – externa utförare

Örebro kommun har externa utförare inom hemtjänst och daglig verksamhet som bedrivs utifrån lagen om valfrihet (LOV). Det finns tre externa utförare av daglig verksamhet och två gruppboenden enligt LSS. En gruppboendestad enligt LSS bedrivs av en extern utförare upphandlat enligt LOU. Fram till november fanns tio externa utförare av hemtjänst men efter införandet av nytt förfrågningsunderlag från och med november har kommunen tecknat avtal med sex företag. För dessa utförare ansvarar egenregins hälso- och sjukvårdsorganisationer (hemsjukvården och hälso- och sjukvårdsenheten) för den kommunala hälso- och sjukvården.

Externa vårdgivare – inom Örebro kommun

Inom äldreomsorgen finns tre externa vård- och omsorgsboenden som alla bedrivs av Norlandia. Dessa verksamheter bedrivs utifrån lagen om offentlig upphandling (LOU) och är egna vårdgivare med egen organiserad legitimerad personal.

Verksamhetschef enligt HSL

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och är egna vårdgivare, ska ha en verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det sker bland annat genom att kvalitetssäkra verksamhetens processer och rutiner, organisera och bemanna verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att utrymme skapas för lokalt förbättringsarbete och genom att analysera och hantera verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret men kan inte bestämma över de reglerade arbetsuppgifter medicinskt ansvariga har. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvariga

Ansvaret för medicinskt ansvariga regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare och annan legitimerad personal ordinerat
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och säkra rutiner för:
 - läkemedelshantering
 - rapportering av händelser
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar bland annat genom att fastställa riktlinjer och styrdokument för hur hälso- och sjukvården ska utföras, utvärdera och kontrollera verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet. Medicinskt ansvariga ansvarar även för att utreda och vid behov anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). För att lägga grunden för en god patientsäkerhetskultur i verksamheten krävs ett nära samarbete mellan verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga.

Medicinskt ansvariga har inom sitt ansvarsområde samma ansvar för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi och för externa utförare.

Organisatoriskt är medicinskt ansvariga placerade på Myndighetsverksamheten Uppföljning inom Kommunstyrelseförvaltningen och ingår inte i någon av verksamhetens ledningsgrupper. Sammanlagt finns fem medicinskt ansvariga, två arbetsterapeuter och tre sjuksköterskor.

Enheten för uppföljning

Enheten för uppföljning inom myndighetsverksamheten hör till Kommunstyrelseförvaltningen och har på uppdrag av Programnämnd social välfärd, ansvar för samtliga externa utförare inom programområdet avseende avtal, etablering och uppföljning av avtal (kvalitetsuppföljning).

Enheten ansvarar för att ta fram underlag (avtal) när verksamheter som bedriver socialtjänst och hälso- och sjukvård ska upphandlas. För att ställa samma krav på kvalitén även för egenregis verksamheter tas så kallade överenskommelser fram av enheten. Avtalen och överenskommelserna följs sedan upp vid kvalitetsuppföljningar. För de delar som omfattar hälso- och sjukvård har medicinskt ansvariga en funktion som sakkunniga och de är även involverade i de granskningar som genomförs.

Chefer

Chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten. Chefer ansvarar för att kontinuerligt arbete med systematiskt

kvalitetsarbete genom att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete.

Chefen är också ansvarig för att tillsammans i teamet skapa lokala rutiner i sin verksamhet som är upprättade med övergripande riktlinjer som grund. Chefen är ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som ska vara en integrerad del i den dagliga verksamheten. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada. Men också genom att aktivt vara delaktiga i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Arbetsterapeuter och sjuksköterskor ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbetsterapeut eller sjuksköterska är hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Funktioner med spetskompetens – del av kompetensstyrning

Inom vårdgivaren Örebro kommun finns hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens eller annan spetskompetens med uppdrag att driva utveckling inom olika områden. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett viktigt stöd för ledning, chefer och samtliga medarbetare för en god och säker vård. Funktion och uppdrag beskrivs nedan.

Demensteamet startade 2019 och består av sjuksköterska, arbetsterapeut och sedan hösten 2020 även av en undersköterska. Teamet har specialistkompetens inom området äldre och demens och har i uppdrag att kvalitetssäkra vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. Konsultationsuppdrag med handledning i individärenden där klinisk bedömning och utredningen ingår, utbildningsinsatser på olika nivåer samt utveckling av arbetsmetod med BPSD-registret som plattform, är huvuddelar av deras arbetsuppgifter. Teamet driver nätverk för alla enheters utsedda BPSD-registratorer för att säkerställa kompetens och utveckling av arbetssättet.

Demensteamet är också stjärninstruktörer och utbildar enligt Stjärnmärkt, en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum. En verksamhet blir stjärnmärkt och certifieringen följs kontinuerligt upp och säkerställer att personalen har god kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat.

De har ett särskilt uppdrag att följa upp personer som har fått en demensdiagnos men som inte vill eller behöver ha kontakt med kommunal hälso- och sjukvård i syfte att arbeta förebyggande och säkerställa att dessa personers behov av insatser och åtgärder följs upp.

Demensteamet är del i en referensgrupp för demensvård tillskapad i samband med demens teamets start. Gruppens syfte är att verksamhetsförankra vidareutveckling för att kvalitetssäkra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom genom att vara en länk mellan verksamheter, demensteamet och ledning. I referensgruppen finns en tvärprofessionell kompetens av olika yrkeskategorier från tre verksamhetsområden; vård- och omsorgsförvaltningen, myndighetsverksamheten och extern utförare av vård- och omsorgsboende.

Dietist inom Vård- och omsorgsförvaltningen har uppdrag att utveckla arbetet med mat, måltid och nutrition. Driver nätverk med Ombud för mat, måltider och nutrition med en grundläggande utbildning samt kontinuerliga centrala möten för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte som

är en del i arbetet för en god kvalitet samt att höja ombudens kompetens bland annat avseende utredning och behandling vid risk för undernäring.

Ombuden är i slutet på 2020 cirka 230 undersköterskor, arbetsterapeuter, sjuksköterskor m fl inom dagverksamhet, hemvård och vård- och omsorgsboende med lokala uppdrag att fokusera på inspiration, kunskap och utveckling inom området. Dietist har under 2020 påbörjat ett uppdrag att utveckla samverkan och tydliggöra ansvarsfördelning för nutritionsbehandling (utredning, behandling och uppföljning) mellan Region Örebro län och länets kommuner.

Förflyttningsinstruktörer. Åtta arbetsterapeuter anställda inom Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser arbetar 10% av sin tjänst som förflyttningsinstruktör. Nya uppdrag och ny organisation för utbildarna är framtagna av förvaltningsövergripande styrgrupp HSL och fastställts i respektive förvaltnings ledningsgrupp.

Förflyttningsinstruktörerna är särskilt utbildade i ergonomi och förflyttningsteknik och har tillsammans ansvar för att organisera, planera och genomföra utbildningar. De ska även kontinuerligt utvärdera och förbättra befintligt förflyttningskoncept. På detta sätt säkerställer arbetsgivaren patientsäkerheten och arbetsmiljön vid manuella förflyttningar och förflyttning med personlyft.

Förflyttningskonceptet innehåller olika delar, bland annat en obligatorisk heldagsutbildning för all personal som ska arbeta med vårdnära arbete och en tredagars fördjupningsutbildning. Instruktörerna håller i utbildningar för övriga arbetsterapeuter som även de håller i endagarsutbildningen.

Handrehabilitering. Tre arbetsterapeuter använder 10 % av sin tjänst till att ta emot remisser från läkare för bedömning och behandling av personer med vissa handdiagnoser där behov av förebyggande och funktionsuppehållande behandling/träning krävs. Personer i Örebro kommun ska erbjudas likvärdig handrehabilitering enligt överenskommelse mellan länets kommuner och Region Örebro Län.

Örebro kommun fullgör inte sitt ansvar enligt överenskommelsen idag vilket är en brist. Arbetsterapeuterna som ansvarar för handrehabilitering tar inte emot alla patientgrupper som de enligt överenskommelsen borde göra. Orsak till att Örebro inte fullgör sitt ansvar är den låga tilldelningen av resurser och brist på kompetens kring handrehabilitering.

Utbildare i HSL dokumentation. Två sjuksköterskor och en arbetsterapeut har på 10% av sin ordinarie tjänst uppdraget som utbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De utbildar legitimerad personal i Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser som har verksamhetssystemet Treserva. Uppdrag och organisation för utbildarna är framtagna av förvaltningsövergripande styrgrupp HSL och fastställts i respektive förvaltnings ledningsgrupp.

Utbildarna har ansvar för att utveckla, planera och genomföra utbildningar om dokumentation och system kopplade till dokumentation (NPÖ, Pascal, Lifecare, digital signering) och skapa eller revidera de manualer som finns. Detta görs i dialog med medicinskt ansvariga som har det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvården dokumenteras enligt gällande lagar och föreskrifter.

Utbildarna ska även driva ett nätverk för utsedda handledare för HSL dokumentation som kommer att finnas representerade inom dagverksamhet, hemsjukvård och vård- och omsorgsboende med lokala uppdrag att fokusera på inspiration, kunskap och utveckling inom dokumentation på sina respektive enheter. Handledareorganisation är en del i arbetet för god kvalitet och likvärdig dokumentation.

Läkemedelssamordnare. En sjuksköterska per enhet med uppdrag att stödja enheten att utveckla arbetet med en säker läkemedelshantering utifrån följsamhet till aktuella riktlinjer och rutiner samt samverkan med regionen. Nätverket leds av medicinskt ansvariga. Nystart med förtydligad organisation och uppdrag ska påbörjas under 2021.

Palliativ vårdsamordnare. Två sjuksköterskor, den ena med specialistkompetens och den andra med påbyggnadsutbildning inom palliativ vård, har ett övergripande ansvar för att kvalitetssäkra den palliativa vården tillsammans med MAS och verksamheterna. De har i uppdrag att kompetens i palliativ vård utvecklas och upprätthålls i samtliga verksamheter. Genom utbildningsinsatser på olika nivåer och ett omfattande arbete med ombudsorganisation, säkerställs kompetens och kvalitet i verksamheterna. Palliativa vårdsamordnarna driver och samordnar nätverket, där palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare med tydliga uppdrag ingår från samtliga enheter. Ombudsorganisationen är grunden i arbetet för att höja kunskapsnivån kring palliativ vård och för att utveckla ett teambaserat arbetssätt runt den palliativa patienten.

Handleda samt ge råd och stöd till personal som bedriver palliativ vård ingår i uppdraget, liksom att bidra till samverkan för patienter inskrivna i avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) med Region Örebro Län och utförare av omvårdnad. Palliativa vårdsamordnarna samordnar även kontakten mellan primärvården och kommunen för patienter med palliativ remiss från slutenvården där hemsjukvård kan bli aktuellt, 160 remisser under 2020. Samverka sker även med Region Örebro län via palliativa sektionen och palliativa rådet.

En viktig del i kvalitetssäkring av den palliativa vården är att mäta, följa och återkoppla resultat av nationella kvalitetsindikatorer med stöd av Svenska palliativregistret. Resultat följs och kommuniceras av palliativa vårdsamordnarna till verksamheten. Palliativa vårdsamordnare upprättar årsberättelse.

Enheten Omvårdnadshjälpmedel

Omvårdnadshjälpmedel är hjälpmedel som behövs för att på ett säkert sätt ge vård och omsorg till människor med olika funktionsnedsättningar. Enheten för omvårdnadshjälpmedel ansvarar för att snabbt tillhandahålla och leverera säkra hjälpmedel som är funktionella utifrån den enskildes behov. Omvårdnadshjälpmedel en förutsättning för en god och säker vård för den enskilde och för en bra arbetsmiljö för personalen som vårdar. Processen från upphandling, förskrivning, användande, besiktning, rekonditionering till utträngning regleras av författningar.

Två hjälpmedelskonsulenter, som tillhör vård- och omsorgsförvaltningen, ansvarar för inköp, upphandling, kontakt med leverantörer samt ger råd och stöd till förskrivare och tekniker vid enheten. Medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef har ett övergripande ansvar för processerna för omvårdnadshjälpmedel. Verksamhetens teknikertjänster bemannas genom Arbetsmarknads-enheten vid Förvaltningen för utbildning, försörjning och arbete (FUFA). Överenskommelsen innebär att Vård och omsorg köper tjänster som består av att leverera, returnera samt rekonditionera, servar och besiktigar omvårdnadshjälpmedel

Förskrivning av omvårdnadshjälpmedel är en hälso- och sjukvårdsåtgärd och görs i huvudsak av arbetsterapeuter och till viss del av sjuksköterskor och fysioterapeuter. Förskrivningar sker till personer inom särskilda boendeformer och till personer i ordinärt boende samt inom habiliteringen. Förskrivarna är anställda inom Vård- och omsorg, Förvaltningen för sociala insatser, entreprenader, Barn- och ungdomshabiliteringen och USÖ.

Förändrad organisation trygghetslarm

Den centrala larmorganisationen utvecklades i slutet av 2019 och ansvaret för besvarande av trygghetslarm överfördes till enskilda omvårdnadsutförarna i hemvården. Orsak var bristande effektivitetsutnyttjande av resurser. Egenregins hemvård besvarade samtliga trygghetslarmen till november. I samband med nytt förfrågningsunderlag enligt LOV från november för externa utförare i hemvården tog de externa utförarna över besvarande av sina kunders trygghetslarm. Två förråd har utrustats med hjälpmedel i vilka utförarna kan hämta större förflyttningshjälpmedel så som lyft och lyftsele. Förutom detta har Örebro kommun utrustat externa utförare med enklare förflyttningshjälpmedel (ex vårdbälte) och andra medicintekniska produkter (ex. termometer och blodtrycksmanschett).

Verksamheter med gränslös samverkan mellan kommunen och Region Örebro län

Mobila närsjukvårdsteamet

Närsjukvårdsteam bedrivs av Örebro kommun och Region Örebro län i samverkan. Syftet är att ge individanpassad, trygg och samordnad vård i hemmet, där den enskilde tidigare behövt uppsöka vårdinrättningar för att få sina behov tillgodosedda. Utvärderingar har visat att insatser från närsjukvårdsteamet minskat den enskildes vistelsetid på sjukhuset och antal besök på akutmottagning. Teamet består av läkare och sjuksköterskor som är i tjänst dagtid, måndag till fredag.

Målgruppen för inskrivning i förstärkt hemsjukvård är personer som har:

- kommunal hemsjukvård
- ett omfattande vårdbehov
- haft fler korta vårdtillfällen på sjukhus eller fler besök på akutmottagningen.
- önskemål att bo kvar hemma

Under 2020 har Närsjukvårdsteamet genom ett projekt fått ett utökat uppdrag till att även erbjuda akuta hembesök till personer oavsett boendeform och utan krav på pågående hemsjukvårdsinsatser.

Målgrupp är personer som är 65 år eller äldre där hälsotillståndet akut försämras och där:

- kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning medför betydande svårigheter att uppsöka en vårdinrättning i samband med aktuell försämring.
- medicinsk bedömning kan vänta upp till 24 timmar
- hembesök av läkare och sjuksköterska kan medföra att besök på sjukhusets akutmottagning eller inläggning på sjukhus undviks

En utvärdering av uppstartsperioden mars till och med juli 2020 visar att 80% av de personer som annars skulle ha skickats till akutmottagning har kunnat vårdas i hemmet med insatser från närsjukvårdsteamet.

Tullhuset – korttidsenhet

Tullhusets korttidsplatser skiljer sig från övriga korttidsplatser då läkare och sjukgymnaster från Region Örebro län finns på plats och ingår i grundbemanningen. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar tillsammans med rehabiliteringsinsatser och alla som kommer till Tullhuset får en bedömning av behov gällande rehabilitering och träning. Tack vare att verksamheten har egna sjukgymnaster, till skillnad från andra korttidsplatser, kan bedömningar och rehabiliteringsinsatser snabbt komma igång efter ankomst till korttidsplats. Verksamheten har också rehabiliteringsassistent som en resurs för att utföra ordinerad träning för patienterna.

Ängens minnesmottagning

Ängens Minnesmottagning drivs av Örebro kommun i samverkan med Region Örebro län och upptagningsområdet omfattar hela länet. Det är en öppen mottagning dit personer som upplever att de fått minnesproblematik kan vända sig direkt, utan remiss. Syftet med verksamheten är att öka möjligheten till tidig upptäckt av demenssjukdom samt att erbjuda råd, stöd och riktade insatser till personer med minnesproblematik och dess anhöriga. Utredningen genomförs av ett tvärprofessionellt team bestående av läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska och anhörigkonsulent.

Länsgemensamma resurser som finansieras av kommunerna

Hygiensjuksköterska: Smittskydd och Vårdhygien i Region Örebro län har för länets kommuner hygiensjuksköterska anställd motsvarande en heltidstjänst. Deras uppdrag är att ge råd, handledning och utbildning samt utarbeta vårdhygieniska riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.

Kontinenssamordnare: En kontinenssamordnare på heltid med uppdrag att säkerställa ett övergripande långsiktigt och kontinuerligt kvalitetsarbete inom området inkontinens. Detta sker genom att säkerställa kunskap via kompetensutveckling av berörd personal, tydliggöra och koppla

samman verksamhetsansvar och kostnadsansvar samt utreda och identifiera eventuella problemområden genom översyn av regelverk. Uppdraget omfattar:

- inkontinenssamordning
- sortimentansvar och uppföljning av upphandlat sortiment
- representation i nätverk tex upphandlingsgrupp, NIKOLA, kontinuerlig kontakt med förskrivare
- ekonomiuppföljning och statistik
- information och utbildningar
- implementering av nytt verksamhetsstöd
- uppföljning och revidering av riktlinjer inom inkontinensområdet

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Processer och områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Samverkan mellan verksamheter i kommunen

På olika nivåer och i olika sammanhang förekommer samverkan inom och mellan verksamheter. Dock sker denna samverkan oftast på förekommen anledning, det vill säga när ett problem uppstått och struktur för återkommande frågeställningar, uppföljning, utvärdering och dialog kring patientsäkerhet saknas.

Samverkan mellan kommun och Region Örebro län

Länets kommuner och Region Örebro län samverkar i olika forum bland annat för att förebygga situationer i vårdkedjan som har eller hade kunnat innebära risk för vårdskador.

Förstärkt samverkan covid-19

För att stärka samverkan i arbetet kring pandemin och covid-19 som främst drabbat äldre med omfattande behov tillsattes arbetsgruppen Förstärkt samverkan med biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, representanter från samtliga länsdelar, förvaltningschef Vård- och omsorg Örebro kommun, representant från Smittskydd & Vårdhygien, utvecklingsledare område äldre (representerar länets medicinskt ansvariga), m.fl. Arbetsgruppen har träffats regelbundet under året för att samordnade insatser för att hantera pandemin med fokus kommunal verksamhet. Minnesanteckningar finns att ta del av.

Nätverk för medicinskt ansvariga i Örebro län

Medicinskt ansvariga i länets kommuner har utifrån behov sammankallats varje till varannan vecka till webbaserat samverkansmöte av utvecklingsledare på välfärd och folkhälsa med anledning av pandemin. Hygiensjuksköterskor och läkare från Smittskydd & Vårdhygien har deltagit. Fokus har varit att samordna och samverka kring de frågor som varit aktuella utifrån pandemin, så som rutiner för att förhindra smittspridning, samordning av skyddsutrustning, provtagning, besöksförbud, mm. Dessa möten har ersatt ordinarie nätverksträffar som vanligtvis hålls ca sex heldagar per år.

Vårdkedjegruppen Örebro

I Örebro län finns fyra länsdelsgrupper som har i uppdrag att organisera länsdelsarbetet för att uppnå målen i aktivitetsplanen kopplad till regional handlingsplan Sammanhållen vård och omsorg 2019–2022. Vårdkedjegruppen bereder frågor från och till länsdelsgruppen. I arbetsgruppen finns representanter för regionen, slutenvård och öppenvård och kommunen.

Exempel på uppdrag kan vara:

- Utarbeta metoder och rutiner för vårdkedjan som fastställs av Länsdelsgruppen.
- Utvärdera och vid behov komma med förslag till förändring/förbättring av gällande rutiner och metoder.

- Utgöra operativ arbetsgrupp för sammanhållen vårdkedjedja mellan sjukhus, primärvård, psykiatri och Örebro kommun.
- Uppmärksamma och analysera avvikelser i vårdkedjan samt föreslå förändring.

Exempel på hanterade frågor:

- Fastställande av överenskommelse om avvikelshantering i vårdkedjan mellan Region Örebro län och Örebro kommun för att förenkla hantering och möjliggöra sammanställning av avvikelser på aggregerad nivå.
- Processen för demensutredning behöver tydliggöras och få en högre prioritet då det påverkar beslut om boendeform vid ansökan om särskilt boende.
- Processen vid behov av hemsjukvård behöver utvecklas och säkerställas.
- Vårdförloppet vid inskrivning i palliativ vård i hemsjukvården efter remiss från öppenvårdsmottagning till vårdcentralen behöver säkerställas.
- Samverkan vid in- och utskrivning slutenvården.
- Problematiken med återkommande brister avseende informationsöverföring av ordinationsinformation med resultat utebliven, felaktig eller fördröjd läkemedelsbehandling.

ViSam – Samverkansmodell för planering och informationsöverföring mellan och inom region och kommun. Modellen har tagits fram med syfte att förbättra kvalitén och ge förutsättningar för en personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg i Örebro län. ViSam beskriver hur verksamheterna ska arbeta med beslutsstöd, SBAR, kvalitetsregister, samordnad individuell plan (SIP) och säker utskrivning.

Centrum för hjälpmedel – Ansvaret för att tillhandahålla personliga och vissa behandlande hjälpmedel i Örebro län finns organiserade under regionens enhet Centrum för hjälpmedel. Förskrivning av dessa produkter kan göras av arbetsterapeuter, sjuksköterskor och fysioterapeuter anställda inom regionen och kommunen. Samverkansmöten mellan kommunerna i länet och Centrum för hjälpmedel sker regelbundet under året för att följa upp frågeställningar kring patientsäkerhet i hjälpmedelsfrågor, förskrivningsprocessen, riktlinjer och sortiment för personliga hjälpmedel. Även gränsdragningsfrågor mellan huvudmännen och kostnadsansvar diskuteras. Deltagare är utsedda medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) från varje länsdel samt chefer på Centrum för hjälpmedel. Exempel på hanterade frågor:

- Journalgranskning och översyn av förskrivning av behandlande madrasser efter att sjuksköterskor fick överta förskrivningen.
- Förvaring av elrullstolar. Centrum för hjälpmedel har ansvar för det nu men har ingen lösning på hur det ska hanteras praktiskt.

Patients och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hur patienterna och deras närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Utgångspunkten är att vårdpersonalen lyssnar på patientens berättelse, identifierar personens förutsättningar, resurser och hinder, som med övriga undersökningar används som underlag för att tillsammans skapa en individuell plan för hälso- och sjukvård.

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och behov av samverkan och samordning finns kring stöd och insatser, ska berörda parter tillsammans med den enskilde upprätta en samordnad individuell plan (SIP).

En SIP genomförs oftast i samband med utskrivningsplanering från slutenvården inför hemgång och fortsatt stöd av kommunens hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst. En medicinsk handlingsplan ska ingå i en fullständig SIP med tydlig beskrivning av ansvarsfördelning för olika insatser. Struktur och modell för hur det går till finns enligt ViSam – samordnad individuell plan.

När en person flyttar in på boende finns rutiner och stödmaterial för inflytningssamtal och vårdplanering för att lära känna den enskilde, dennes anhöriga och planera för den vård och omsorg som personen har behov av. Syftet är att insatserna ska utföras så att de tillfredsställer de behov som finns och på det sätt som den enskilde önskar. Uppföljning av planeringen görs kontinuerligt.

I samband med att en händelse utreds som kan innebära risk för eller allvarlig vårdskada informeras alltid den enskilde och vid behov även anhöriga. De informeras också om händelsen anmäls vidare till IVO eller annan myndighet för vidare utredning (lex Maria), vad utredningen visat och vilka åtgärder man vidtagit.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § p 5

Hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

Alla medarbetare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med att rapportera händelser är att förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.

Rapportering och utredning av händelser

Den som upptäcker en händelse ska direkt ta kontakt med tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef, som ska bedöma vilka akuta åtgärder som ska vidtas. Händelsen ska dokumenteras i patientens journal och rapporteras i avvikelsemodul så snabbt som möjligt. Det ska noteras om sjuksköterska, arbetsterapeut eller enhetschef kontaktats om händelsen.

Sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef dokumentera sina delar av utredning, bedömning och åtgärder samt uppföljning av åtgärders effekt i avvikelsemodulen. Chef ansvarar för att samordna, driva och följa upp processen. Allvarliga händelser ska meddelas medicinskt ansvariga för ställningstagande till fortsatt handläggning.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att verksamheten följer de riktlinjer som finns och att medicinskt ansvariga, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser.

Sammanställning och analys av avvikelshantering görs på enhetsnivå samt aggregerad nivå till patientsäkerhetsberättelsen. Utöver det saknas enhetlig struktur för regelbunden sammanställning och analys av resultat av avvikelshantering.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats.

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheter läggs in i avvikelsemodul eller registreras i det centrala diariet. Det finns ingen sammanställning och analys över de klagomål och synpunkter som kommit in och som hanteras av verksamheterna. De klagomål och synpunkter som genererat en utredning av medicinskt ansvarig sammanställs i patientsäkerhetsberättelsen.

Det saknas enhetlig struktur för regelbunden sammanställning och analys av resultat av klagomål och synpunkter som inkommer till verksamheterna.

Egenkontroll

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

Egenkontroller för ökad patientsäkerhet som har genomförts under året samt i vilken omfattning och frekvens ska redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Egenkontroll är en systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll av den egna verksamheten, för att följa att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroll ska utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Mätning genomförs, resultat analyseras, förbättringsområden identifieras, åtgärder planeras, genomförs och utvärderas. Resultat återkopplas i verksamheten på enhetsnivå och övergripande nivå för en lärande process.

Prioriterade egenkontroller för 2020 som genomförs av verksamheterna

- Avvikelsehantering
- Basal hygien
- Dokumentation

För dessa tre områden är det i föreskrift specifikt reglerat att egenkontroller ska genomföras vilket gör att de är obligatoriska och återkommande. Hur de ska genomföras och med vilken frekvens bestäms av vårdgivaren.

Andra uppföljningar och resultat som tas fram på en kommunövergripande nivå

- Palliativ vård – via palliativregistret
- Vårdprevention – via kvalitetsregistret Senioralert
- Besiktning av sängar och personlyftar
- Behandlande madrasser
- Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning
- Läkemedelshantering - Extern kvalitetsgranskning av hantering och förvaring av läkemedel.

Kvalitetsuppföljningar av Enheten för uppföljning

Enheten för uppföljning granskar de verksamhetsområden inom Social välfärd som är konkurrensutsatta. Inom dessa områden följs socialtjänst och hälso- och sjukvård upp hos både externa utförare och motsvarande utförare i Örebro kommuns regi. Avtalscontrollers är huvudansvariga för de uppföljningar som genomförs. Medicinskt ansvariga deltar vid uppföljning av vård- och omsorgsboenden och bedömer den hälso- och sjukvård som bedrivs och utförs där

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659 3 kap. 10 § p 2

Åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat dvs. strategiska åtgärder som har genomförts för att nå målen. Arbetsätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

Målområden och strategier 2020

Programnämnd social välfärd beslutade om följande målområden för verksamheterna att förbättra och utveckla under 2020 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- **Hälso- och sjukvårdsansvar:**
 - att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer
- **Hälso- och sjukvårdsprocessen:**

- att öka kunskapen om legitimerades ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessens alla steg – ta emot vårdbegäran, utreda, bedöma behov och fastställa mål, planera åtgärd, genomföra åtgärd, följa upp
- att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvårdsprocessen ska journalföras
- att skapa struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete utifrån den enskildes behov
- att delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter hanteras på ett säkert sätt
- **Systematiskt kvalitetsarbete:**
 - att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
 - att riskanalyser genomförs utifrån patientsäkerhet
 - att kunskapen om avvikelseprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder
 - att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser
 - att förbättringsarbete blir en del av det dagliga arbetet
- **Kompetensstyrning och kompetensutveckling**
 - att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård

Förutom att nämnderna fastställde mål och strategier för 2020 beslutades även att verksamheten ska utforma handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga. Arbetet inleddes i februari med workshop med egenregins verksamhetschefer/avdelningschefer och handlingsplan påbörjades. På grund av pandemin kunde inte arbetet fullföljas.

Nedan beskrivs de åtgärder som utifrån handlingsplanen har genomförts eller påbörjats för att nå ovan beskrivna mål.

Hälso- och sjukvårdsansvar

Introduktionsutbildning för chefer och ledningsfunktioner om hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete har tagits fram av medicinskt ansvariga. Utbildningen är webbaserad och finns tillgänglig på orebro.se. Utvärdering av utbildningen visar att av 32 deltagare tyckte 95% att utbildningen var bra. 53% av dessa lärde sig nya saker. Deltagarna uttryckte ett behov av att lära sig mer om de riktlinjer som styr hälso- och sjukvård och hur de som chefer ska arbeta med egenkontroller, riskanalyser och analys av avvikelser.

Introduktionsprogram för nya chefer på vård- och omsorgsboende har utvecklats av verksamhetscheferna genom att förtydliga chefens ansvar för hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete. Delar som lyfts in i programmet är avvikelseprocessen, egenkontroller, läkemedelsgenomgång, riskbedömning enligt senior alert och vårdplaner. I dokument beskrivs kortfattat vad området handlar om och vad chefens ansvar är. Den utvecklade introduktionen har använts vid ett tillfälle under hösten 2020.

Vägledning till chef vid introduktion av nyanställd legitimerad personal har tagits fram av verksamhetschef för egenregins vård- och omsorgsboende. Detta för att säkerställa att legitimerad personal får kunskap om vilket ansvar de har vad gäller kommunal hälso- och sjukvård. Vägledningen har använts sedan april 2020. Utvärdering bli aktuellt 2021.

Utbildning och workshop i systematiskt patientsäkerhetsarbete för egenregins ledningspersoner med ansvar för hälso- och sjukvård, hölls i början på november. Syftet med utbildningen var att få mer kunskap om ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård och patientsäkerhet samt att påbörja en gemensam strategi för fortsatt samverkan i patientsäkerhetsarbetet. Susanne Pettersson Wallin från 2learn som har lång erfarenhet och kunskap på området höll i utbildningen.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Ett omfattande arbete pågår med att uppdatera och skapa nya riktlinjer och styrdokument i syfte att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras.

Följande riktlinjer är planerade att fastställas av medicinskt ansvariga under 2021:

- Bedömning av hälsotillstånd och behov av hälso- och sjukvård
- Delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Dokumentation
- Fall
- Samverkan och informationsöverföring
- Läkemedel
- Palliativ vård
- Vård- och omsorg vid kognitiv svikt och demenssjukdom

Utbildning för arbetsterapeuter i hälso- och sjukvårdsprocessen i hemsjukvården (Voo), hälso- och sjukvårdsenheten (Fsi) och vård- och omsorgsboenden (Voo) har genomförts av medicinskt ansvariga för rehabilitering. I utbildningen har processens olika steg och vad som ingår i dessa tydliggjorts samt hur de ska dokumenteras.

Systematiskt kvalitetsarbete

Möten om patientsäkerhet

Medicinskt ansvariga har under de senaste åren i dialog med förvaltningschefer och verksamhetschefer ett pågående arbete med syfte att utveckla och planera det systematiska patientsäkerhetsarbetet. På grund av pandemin har dessa möten inte hållits med samma frekvens som tidigare år. Därmed har fokus framförallt legat på att följa upp arbetet med verksamhetens riskanalyser och egenkontroller och det planerade arbetet med att utveckla patientsäkerhetsarbetet har bortprioriterats. Motsvarande möten med externa utförare som är egna vårdgivare har inte heller de genomförts regelbundet under året som gått.

Ny riktlinje Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Ny riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete har tagits fram med syftet att tydliggöra verksamheternas ansvar för patientsäkerhet och förbättringsarbete utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner. Den beskriver hur verksamheterna ska arbeta med riskanalyser, egenkontroller och utredning och analys av avvikelser, klagomål, synpunkter. Riktlinjen publicerades i juni men är ännu inte helt implementerad i verksamheten. Arbetet med att utveckla befintligt ledningssystemet i egenregi är påbörjat men är ännu inte utvecklat för att kunna stödja verksamheterna i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetens sammanställning och analys av årets patientsäkerhetsarbete

Medicinskt ansvariga har tagit fram mallar för egenkontroller och rapporter för sammanställning och analys av enhetens patientsäkerhetsarbete under året av riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering. Verksamheterna redovisar sin analys vid årets slut till medicinskt ansvariga som sammanställer patientsäkerhetsberättelsen. Analyserna ska belysa vilka förbättringsområden som har identifierats, om verksamheterna har genomfört några förbättringsarbeten och om de har haft effekt.

- **Egenkontroller** – underlag för sammanställning av prioriterade egenkontroller finns tillgängliga i maj för områdena avvikelshantering, basalhygien och dokumentation.
- **Riskanalyser** som genomförts utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv har efterfrågats för sammanställning på en aggregerad nivå för att få en samlad bild över riskanalyser som gjorts, vilka risker som identifierats och hur dessa hanterats.
- **Avvikelseprocessen** – inplanerade uppföljningar och utbildningar till legitimerad personal och chefer ställdes in på grund av pandemin. Överenskommelse om avvikelshantering i vårdkedjan mellan Region Örebro län och Örebro kommun är fastställd.

- **Förbättringskunskap** – inga aktiviteter kring förbättringskunskap för chefer finns redovisade för 2020.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

En grundförutsättning för att erbjuda god och säker hälso- och sjukvård rätt kompetens hos medarbetare.

Styrgrupp HSL – samordna och leda internutbildare

En förvaltningsövergripande styrgrupp med verksamhetschefer, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga har formerats under året med påbörjan 2019. Uppdraget var då att inventera befintliga arbetsgrupper och funktioner som internutbildare. Styrgruppen har under året fastställt hur internutbildare ska organiseras samt tydliggjort uppdrag för HSL utbildare och förflyttningsinstruktörer. Arbete med att se över instruktörer för klinisk bedömning är påbörjat. Ett fortsatt arbete att se över andra förvaltningsövergripande internutbildare kvarstår.

Kompetensstrategi för demensvården

Ledningsgruppen för vård och omsorg har under hösten antagit ny kompetensstrategi för demensområdet. Strategin innehåller en tydlig kompetenstrappa med utbildningar som tillhör introduktion, fördjupning respektive specialisering. Utbildningarna i kompetenstrappan är evidensbaserade, och utgår från socialstyrelsens nationella styrdokument och målnivåer för demensvård. Utbildningar som ingår i strategin ska erbjudas både externa utförare och egenregis verksamheter. Planen är att börja utbildningarna under våren 2021

Åtgärd som påverkat patientsäkerheten negativt

Byte av verksamhetssystem för digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Beslut att byta system för digital signering av givna läkemedel och andra utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder fattades i oktober 2018 av programnämnden. Ett tilläggsavtal för en applikation(app) till nuvarande journalsystem Treserva tecknades för att ersätta upphandlat befintligt system för digital signering, MCSS. I tilläggsavtalet var digital signering en del av fyra funktioner – mobil dokumentation för omvårdnadspersonal, möjlighet att digitalt skriva avvikelser och meddelanden i appen samt digital signering. Beslut föregicks inte av kontroll av funktionalitet, riskanalys eller involvering av sakkunniga och medicinskt ansvariga.

Vid riskanalys i november 2019 framkom brister i funktionalitet och verksamheten bedömande att dessa kunde lösas med nya rutiner. Bristen var känd av leverantören vid avtalstecknandet. Medicinskt ansvariga var inte delaktiga i riskanalysen men genomförde en egen riskanalys 2020 och bedömde då att risken inte gick att lösa med rutiner och införandet stoppades tillfälligt. Bristen åtgärdades av leverantör och införandet fortsatte inom båda förvaltningarna.

Tekniska problem med den digitala signeringen uppstod vid breddförandet och bedömdes för allvarliga för att införandet kunde fortgå då det inte alltid gick att utföra signeringen.

Inom vård och omsorgsförvaltningen återgick verksamheten till tidigare system MCSS. Externa utförare av omvårdnad hade ännu inte hunnit byta system och fortsatte som tidigare.

Förvaltningen för sociala insatser signerade utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder på papper innan införandet av digital signering. Hälften av enheterna hade hunnit införa digital signering och har så fortsatt men signerar även på papper tills vidare av säkerhetsskäl. För övriga enheter stoppades vidare införande.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Hur risker hanteras, vilka riskanalyser och anpassningar som har genomförts där det bedömts att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Inom vård och omsorgsförvaltningen finns utsedda analysledare som utför riskanalyser på beställning av verksamhetschefer. De använder mall för riskanalys och rapport enligt kommunens Metodhandbok för riskanalys. Förvaltningen för sociala har inte utsedda analysledare men använder samma mall för riskanalyser.

Genomförda riskanalyser – identifierade risker

Riskanalys avser i detta sammanhang en bedömning på organisatorisk nivå (ej individnivå) och ska genomföras inför planerade förändringar i organisationen eller annan påverkan som direkt eller indirekt kan få negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Syftet är att minimera negativ påverkan på patientsäkerhet genom att proaktivt vidta åtgärder.

Samtliga verksamheter har genomfört riskanalyser kopplat till pandemin. Dessa har handlat om risk för smittspridning, användandet av skyddsutrustning och kunskap om följsamhet till basalhygien samt risker vid låg bemanning. Riskanalyser har gjorts utifrån konsekvenser av pandemin med ökad rörlighet bland personal beroende på sjukdom eller förändrade arbetsuppgifter och därmed utökat ansvar över större geografiska områden som konsekvens för legitimerad personal och framförallt för sjuksköterskor. Även inför sommaren gjordes riskanalys utifrån förändringar i HSL-samarbetet.

Exempel på risker som framkom vid riskanalys låg bemanning:

- försämrade rapportering då patient kommer hem från slutenvården.
- risk att medarbetarna inte har inskolning, relation och lokalkännedom eller lokala rutiner för andra områden om de får arbeta över områden för att täcka upp.
- risk att vi inte kan vårda patienter som kommer hem från sjukhuset
- risk för stora förseningar i insatser som borde prioriterats.
- risk att prioritera fel och att insatser missas
- risk att palliativa patienter inte får rätt vård.
- risk för felaktiga bedömningar i samband med inkommande ärenden.
- risk att delegeringsprocessen inte kan följas

Anpassningar som vidtagits övergripande: snabbt framtagande av rutiner och riktlinjer, snabb provtagning, tydligt informationsflöde, nära ledarskap, genomgång av praktiska moment utifrån användandet av skyddsutrustning och basala hygienriktlinjer, nära samarbete med Smittskydd och vårdhygien, uppföljning av frånvaro dagligen, tydlig bemanningsstrategi som möjliggör hjälp över gränserna, daglig uppföljning av arbetsmiljön, förenklad delegeringsrutin, stöd till oroliga medarbetare vid behov, mm.

Riskanalyser utifrån organisatoriska förändringar som genomförts är inför införandet av gemensam helgorganisation i hemsjukvården. Risker som framkom var att det blir längre avstånd och att det kan ta längre tid innan en patient får sitt besök. Andra risker var att kontinuiteten riskerar att försämrats när sjuksköterskor från andra områden får utföra insatser. Riskanalysen för ny helgorganisation har följts upp under hösten och justeringar gjordes av rutiner.

Inställd introduktionsutbildning för manuell förflyttning och lyftkörkort

Två riskanalyser har genomförts på grund av stoppade utbildningstillfällen till följd av pandemin, se vidare sid 39. Verksamheterna har identifierat risker utifrån rådande läge:

- Att nya medarbetare som genomgår en anpassad introduktionsutbildning inte har tillräcklig kompetens vad gäller förflyttningsteknik och hantering av lyft, vilket får konsekvenser vad gäller patientsäkerhet och arbetsmiljö
- Att nya medarbetare inte erbjuds introduktionsutbildningen innan deras anställning börjar.

Skillnader i funktionalitet i system för Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Medicinskt ansvariga genomförde en riskanalys för att jämföra funktionalitet i nytt system för digital signering jämfört med befintligt system. Syftet var att identifiera konsekvenser av skillnader

för att identifiera behov av förändrat arbetssätt för att kunna säkra processen vid signering av läkemedelshantering och andra hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Risikanalyser presenterades för verksamhetschefer/avdelningschefer med ansvar för legitimerad personal inom båda förvaltningarna. Riskanalysen resulterade i att införandet tillfälligt stoppades.

Sammanlagning HSE och HSV

I februari 2020 genomfördes en riskanalys om påverkan på patientsäkerhet vid planerad sammanslagning av de två hälso- och sjukvårdsorganisationerna hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) och hemsjukvården (HSV). Sammanslagningen innebär att legitimerad personal som ansvarar för patienter inom Förvaltningen för sociala insatser, kommer att vara organiserade i en annan förvaltning. Riskanalysen genomfördes av två verksamhetschefer från respektive förvaltning, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Bland annat identifierades risk för att legitimerad personal kommer allt längre bort från de verksamheter de arbetar med vilket försvårar teamsamverkan och informationsöverföring och resulterar i ett arbetssätt där professionerna arbetar i stuprör. En annan var att det blir svårare att ta ansvar för patientens sammantagna vård- och omsorgsprocess, dvs den gemensamma processen för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Båda dessa risker kan resultera i att den enskilde inte får sina behov tillgodosedda. I mars 2020 genomförde verksamheten ännu en riskanalys där fackliga representanter och medarbetare deltog med fokus på arbetsmiljön.

Förändrad vårdkedja vård- och omsorgsboende demensinriktning

Risikanalys genomfördes 18 november inför beslut om förslag att ta bort en av de två inriktningar på vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom. Förslaget innebär att inriktningen gruppboende demens tas bort, den inriktning som är tänkt för personer som inte kommit lika långt i sin demenssjukdom och som har behov av mer sociala aktiviteter och en mer stimulerande omgivningsmiljö än de som kommit längre i sjukdomen. Förslaget grundar sig på svårigheter att motivera hyresgäster som fått ett förändrat behov att flytta mellan de två inriktningarna och upplevelsen är att enheterna trots olika inriktningar blir blandade med personer med olika behov.

På riskanalysen identifierades många risker och konsekvenser som skulle innebära svårigheter att arbeta personcentrerat och upplevelsen var att förslaget till beslut går emot socialstyrelsens nationella riktlinjer och modell för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Det uppstod också frågeställningar om nuläget som inte kunde besvaras fullt ut. Detta gjorde att ledningen som initierat riskanalysen tog beslut om att pausa riskanalysen och beslutsprocessen för att genomföra en djupare analys kring nuläget samt omvärldsbevakning innan man går vidare.

Övertagande av besvarande av trygghetslarm från tidigare central larmorganisation

Uppföljning av tidigare riskanalys inför förändrad larmorganisation gjordes i maj 2020. Samtliga risker utvärderades. Resultatet visar att arbetet har fungerat bra utan negativ påverkan på patientsäkerheten och att arbetssätt succesivt anpassats för att skapa säkerhet och effektivt vid besvarande av trygghetslarm. Då var inte besvarandet av larm övertaget av extern utförare.

Förändring av organisationen för larmhantering har krävt nya arbetssätt för att möjliggöra tillgång till omvårdnadshjälpmedel samt att personalen har den kompetens som krävs för att hjälpa personer upp från golv. En risk som identifierats och behöver följas upp framöver är att personal som befinner sig långt ifrån ett av förråden inte hämta lyft och lyftsele och hjälper den enskilde upp. Risker är då att både patienten och personalen kommer till skada. Uppföljning av ny organisation för trygghetslarm efter att externa utförare tog över ansvaret för sina kunder är planerad till våren 2021.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

Majoriteten av alla rapporterade händelser (avvikelser) utreds, hanteras och dokumenteras av ansvarig chef direkt i avvikelssystemet. Medicinskt ansvariga utreder en del av de händelser som bedöms som allvarliga i dialog med ansvarig chef. Nedan beskrivs några av de ärenden som varit aktuella under året.

Anmälan om allvarlig vårdskada - Lex Maria 2020

Under året har en allvarliga vårdskador anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förvaltningen för funktionsstöd:

En patient har på ett felaktigt sätt fått läkemedel administrerat vid tre tillfällen. Som bifynd identifieras brister kopplade till den palliativa vården. De brister som framkommer kan generellt kopplas till bristande följsamhet till hälso- och sjukvårdsprocessen och bristande följsamhet till styrdokument gällande läkemedelshantering, egenvård, delegering, samverkan och informationsöverföring och palliativ vård. Åtgärdsplan är upprättad. IVO har beslutat att avsluta ärendet då verksamheten har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande händer igen.

Utredningar av vårdskada av medicinskt ansvariga

Förvaltningen för funktionsstöd

Utredning av fall med elrullstol vid två tillfällen. Vid båda tillfällena framförde individen sin rullstol själv och hade en ledsagare/kontaktperson med sig som gick bredvid. Utredning visar att vid händelserna hade inte personal från LSS fritid kännedom om riktlinje om avvikelserapportering eller rutiner om vem som ska kopplas in vid skada, vilket medförde att ansvarig arbetsterapeut inte kontaktades vid första fallet. Det i sin tur gjorde att undersökning och bedömning av förmågan att framföra rullstolen uteblev. Då man inte kan utesluta att fallen föregicks av ett plötsligt sjukdomsfall är det svårt att bedöma orsaken till fallet. Ärendet avslutas.

Extern utförare

Klagomål från närstående till medicinskt ansvarig om nekat önskemål av att få vara hos närstående vid svår sjukdom och samtidig Covid-19. Utredningen visar att man inte följt rutin för undantag av gällande besöksförbud, rutin för palliativ vård samt behandlingsriktlinje för covid-19 behandling.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Person på ett vård- och omsorgsboende visar tecken på smärta i benet och undersökning visar på frakturer men det finns ingen identifierad orsak till frakturerna då personen inte varit med om någon fallhändelse. Fördjupad utredning av orsaken utesluter att det är verksamheten som orsakat skadan, händelsen bedöms som en olyckshändelse till följd av benskörhet.

Avvikelse till och från Region Örebro län 2020

Avvikelse från medicinkliniken angående brister i omvårdnad av person från ett boende i kommunen. Bristen avsåg trycksår och bristfällig kateter vård. Utredning påvisar brister i samverkan/samarbete och planering för en sammanhållen vård och omsorg där fler aktörer från både specialistvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är involverade. En samordnad individuell planering (SIP) ska alltid genomföras vid delat ansvar för en persons vård och omsorg, även då person bor på ett vård- och omsorgsboende.

Två avvikelser gällande samma person från medicinkliniken om utebliven läkemedelsbehandling, båda gånger på grund av brister i hantering av överföring av ordinationsinformation. Bristerna kunde i båda fall fått allvarliga konsekvenser. Utredning visade i det ena fallet på brister hos båda vårdgivare i hantering av överföring av ordinationsinformation. I det andra fallet var händelsen

orsakad av bristenade följsamhet till rutiner om läkemedelshantering hos sjuksköterskor i kommunen. Processkartläggning av informationsöverföring vid delat ansvar för patient ska genomföras med medicinkliniken.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 7 kap. 1§

Åtgärder som genomförts kopplat till informationssäkerhet.

- 1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,*
- 2. de riskanalyser som har gjorts,*
- 3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,*
- 4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,*
- 5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Ett kommunövergripande ledningssystem för informationssäkerhet planerades att införas under 2020 men är ännu inte slutfört.

NIS-direktiv

Nis-direktivet är en europeisk lag vars syfte är att skapa en gemensam säkerhetsnivå i samhällskritiska nätverk och informationssystem. Utifrån lagen regleras i föreskrifter att leverantörer av samhällsviktiga tjänster utan onödigt dröjsmål ska rapportera incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller. Hälso- och sjukvård och digital infrastruktur omfattas av direktivet. Rutin har tagits fram av objektledare inom område Digitala välfärden för rapportering av incidenter som infaller inom ramen för NIS-direktivet.

Inrapporterade incidenter enligt NIS-direktivet 2020

Fyra incidenter har anmälts till MSB enligt NIS-direktivet. De gällde bland annat fördröjning av sms samt problem med taluppkoppling för trygghetslarm. 21 avvikelser registrerades som gällde fördröjningar på mellan 40 min till 24 timmar, från det att kund larmar tills larm rings ut från Tunstalls trygghetscentral. Det finns ett mörkertal på avvikelser som inte kommit till vårdgivarens kännedom. Inga kända konsekvenser har dokumenterats för enskild individ.

Loggkontroll

Rutin för loggkontroller med lathundar för beställning och hantering är fastställd efter att ha testats i en pilot. Det är ett led i ett förbättringsarbete utifrån arbetsgivarens skyldighet att genomföra loggningskontroller i de journalsystem som används av egenregin.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Vårdgivaren ska i patientsäkerhetsberättelse beskriva vilka resultat som har uppnåtts utifrån hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under året och de åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.

Årets resultat av patientsäkerhetsarbete har helt präglats av pandemin. Fokus på att hantera pandemin har bidragit till att ledningen prioriterade arbetet med att minska smittspridning och många chefer har varit och är fortfarande direkt operativa i stabsarbetet. Planerat utvecklingsarbete och kompetensinsatser har fått skjutas upp. En del patientsäkerhetsarbete har blivit eftersatt. Behov finns att följa upp konsekvenser av pandemin under 2021.

Nedan beskrivs resultat och analys utifrån uppsatta mål, egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering. Därefter sammanfattas de åtgärder och konsekvenser av pandemin som vi idag känner till.

Målområden och strategier 2020

- **Hälso- och sjukvårdsansvar:**
 - att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer
- **Hälso- och sjukvårdsprocessen:**
 - att öka kunskapen om legitimerades ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessens alla steg – ta emot vårdbegäran, utreda, bedöma behov och fastställa mål, planera åtgärd, genomföra åtgärd, följa upp
 - att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvårdsprocessen ska journalföras
 - att skapa struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete utifrån den enskildes behov
 - att delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter hanteras på ett säkert sätt
- **Systematiskt kvalitetsarbete:**
 - att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
 - att riskanalyser genomförs utifrån patientsäkerhet
 - att kunskapen om avvikelprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder
 - att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser
 - att förbättringsarbete blir en del av det dagliga arbetet
- **Kompetensstyrning och kompetensutveckling**
 - att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård

De åtgärder som har genomförts för att uppnå ovan beskrivna mål är beskrivna under stycket PROCESS. Nedan sammanfattar medicinskt ansvariga sin analys av resultatet av arbete för att uppnå målen.

Hälso- och sjukvårdsansvar

Arbetet med att tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret i organisationen och för ledningsfunktioner har påbörjats med de åtgärder som genomförts under året. Ledning har inte hunnit skapa samsyn kring hur ansvaret för hälso- och sjukvård ska hanteras och integreras i verksamhet.

Fortfarande ses brister i beslutsprocesser där man inte tar hänsyn till identifierade konsekvenser för patientsäkerheten eller där funktioner med reglerat ansvar för hälso- och sjukvården inte blir involverade. Ett exempel är beslut om organisatoriska förändringar inom hemtjänsten där man inte alltid beaktar konsekvenserna det medför på hälso- och sjukvårdsprocessen och därigenom patientsäkerheten. Ett annat exempel är byte av system för digital signering där medicinskt ansvariga inte involverats i beslut trots att det hade direkt påverkan på det område som ingår i medicinskt ansvarigas reglerade ansvar.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Fastställandet av uppdaterade och nya riktlinjer med syfte att förtydliga och förstärka stödet till legitimerade och chefer om ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen var planerade för 2020 men blev försenade. Implementering av dem kommer att bli ett omfattande och viktigt arbete för verksamheterna under 2021 för att få önskad effekt utifrån uppsatta mål.

Behovet av att skapa förutsättningar som möjliggör multiprofessionellt samarbete, är något som lyfts i patientsäkerhetsberättelsen i flera år utan att några konkreta åtgärder vidtagits vilket gör att

det är ett område som behöver prioriteras kommande år, särskilt då hälso- och sjukvårdsorganisationen centraliseras allt mer. För personer med stöd av kommunen i sin dagliga livsföring inom vård och omsorg måste insatser enligt socialtjänst och hälso- och sjukvård integreras vilket varken organisation, ekonomisk styrmodell och personalplanering stödjer idag.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna har under de senaste åren ökat sin medvetenhet om vikten av att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, men fortfarande saknas en tydlig gemensam struktur där man utifrån genomförda egenkontroller, riskanalyser och analys av avvikelser får ett lärande i organisationen som leder till förbättringar.

Stöd till verksamheterna saknas för att underlätta det arbetet, så som ett fungerande digitalt kvalitetsledningssystem, tillräcklig kunskap i förbättringsarbete och stödfunktioner som hjälper chefer att utveckla arbetssätt och ta fram resultat. En annan orsak kan vara att ledningen inte efterfrågar eller följer resultat under året.

För att få genomslag i organisationen på samtliga nivåer krävs att verksamheten agerar gemensamt för en säkrare vård och fortsätter arbetet med påbörjad handlingsplan för att uppnå mål 2021. Kunskap, verktyg och stöd i förbättringskunskap behöver utvecklas för att få en ökad patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård. För att utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete krävs att en kvalitetsledare eller motsvarande funktion som driver och samordnar arbetet.

Medicinskt ansvariga har i tidigare patientsäkerhetsberättelse beskrivit ett behov av att ta fram en övergripande strategi för patientsäkerhetsarbetet vilket är ett steg i att skapa en patientsäkerhetskultur. Patientsäkerhetskultur beskriver Sveriges kommuner och regioner som en organisations vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera så att säkerheten främjas. Enligt nationell handlingsplan ska alla huvudmän ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 2020–2024. Idag finns ingen strategi för en patientsäkerhetskultur i Örebro kommun och framtagandet behöver prioriteras av högsta ledningen.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

Det saknas fortfarande en övergripande strategi och struktur med tydlig ansvarsfördelning för kompetensstyrning och utbildningar som inkluderar båda förvaltningarna och externa utförare.

Många bra arbeten pågår inom flera områden (se stycket funktioner med spetskompetens – del av kompetensstyrning) för en ökad kompetens med olika lösningar på styrning och organisation och mycket bygger på enskilda individers engagemang. Därmed är detta sårbart och ineffektivt. En tydlig strategi med organisation för kompetensstyrning och utveckling är grundläggande för att skapa en verksamhet med hög kvalitet som håller i längden och som genomsyrar hela organisationen.

Egenkontroller

Här beskrivs en samlad analys av resultat utifrån uppsatta mål, samt strategier och genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Basal hygien

Pandemin har medfört att vården och omsorgen under året har haft stort fokus på basal hygien för att minska smittspridning. Kunskap om hygieniskt arbetssätt och att all personal följer basala hygienriktlinjer är en förutsättning för att bedriva patientsäkert arbete och förebygga uppkomst av smitta och vårdrelaterade infektioner.

Egenkontroll för basal hygien bestod av att chef säkerställer att:

- all personal skrivit under ansvarsförbindelsen i Riktlinjer för basal hygien

- självskattning ”Lätt att göra rätt” utförs minst två gånger/år
- hygienrond genomförs årligen

Riktlinjer för basal hygien

Samtliga verksamheter anger att genomgång av basal hygienriktlinje utförts och att det är säkerställt att alla har skrivit under ansvarsförbindelsen. Chefer uppger att de ser förbättrad kunskap och följsamhet till basal hygien. Verksamheterna har aktivt arbetat med information och uppföljning på arbetsplatsträffar samt dagligt stöd med handledning inom basala hygien och användning av skyddsutrustning.

- Flera verksamheter har regelbundet använt vårdhygiens utarbetade filmer om basal hygien och skyddsutrustning.
- Flera verksamheter har använt Socialstyrelsens webbutbildningar om basal hygien.
- I vissa verksamheter har individuella uppföljningar utförts med personal för att säkerställa att samtliga medarbetare har förstått informationen i riktlinjen för att uppnå följsamhet.
- Några verksamheter har utfört stickprovskontroller för att kontrollera hur medarbetare följer basala hygienriktlinjen, både genom att observera medarbetare och uppföljningar med patienter som haft besök av medarbetare.

Lätt att göra rätt

”Lätt att göra rätt” är en självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer och de flesta chefer anger att den genomförts på arbetsplatserna. Exempel på identifierade brister är att alla medarbetare inte använder arbetskläder, felaktig användning av handsprit, handskar och plastförkläden. Dessa brister sågs mer frekvent i början av året.

Hygienrond

En gång per år ska chef tillsammans med personal utföra hygienrond. Det framkommer inte i resultat från verksamheten om man genomfört hygienrond och inga resultat presenteras. Endast två externa enheter beskriver att de i november planerar en hygienrond. Chefer behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrond.

PPM-BHK (punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler)

Den nationella mätningen PPM-BHK mäter följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler via observationsstudie. Den är avsedd som stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till basal hygien. Under 2020 har verksamheterna haft möjlighet att delta i två nationella mätningar med anledning av pandemin vilket medicinskt ansvariga uppmanat till. Dock har endast några få av alla verksamheter genomfört mätningen, främst privata utförare.

Socialstyrelsens stöd i arbetet med basala hygienrutiner

Socialstyrelsens ”Stöd i arbetet med basala hygienrutiner” som publicerades i maj ger chefer inom kommunal vård och omsorg konkreta förslag på hur de ska arbeta för att få följsamhet till basal hygien. Medicinskt ansvariga uppmanade verksamheterna att använda detta stöd. I resultat från Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser framkommer inte om någon verksamhet har använt detta material. Några externa utförare uppger att de använt det.

Analys

Följsamhet till basal hygien och klädregler är den mest effektiva åtgärden för att minska smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner där målet är att uppnå 100 % följsamhet.

Pandemin har medfört att alla verksamheter aktivt arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygien samt att skyddsutrustning används på rätt sätt. Det har skett utbildning och information men resultatet av de egenkontroller som genomförts indikerar att det kvarstår brister trots genomförda åtgärder. Chefer behöver på ett systematiskt sätt fortsätta att jobba med resultaten från egenkontroller i syfte att säkerställa att all personal har kunskap om hygieniskt arbetssätt och

alltid följer basala hygienriktlinjer. Få enheter har genomfört hygienrond så chefer behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrond.

Hygienombudens roll i verksamheten behöver utvecklas. Fler verksamheter uppger som förbättringsförslag att utse hygienombud för varje verksamhet, några verksamheter har redan hygienombud/hygienansvarig men dessa funktioner behöver få en mer central roll. En tydlig och gemensam uppdragsbeskrivning behöver utvecklas.

Basal hygien kommer fortsättningsvis att vara ett av de prioriterade områdena för egenkontroll under 2021. Återkommande självskattningar och observationer av omvårdnadspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner behöver genomföras för att säkerställa följsamhet till basal hygien.

Verksamheterna bör under 2021 arbeta med Socialstyrelsens ”Stöd i arbetet med basala hygienrutiner” samt att personal genomför Socialstyrelsens webbutbildning: ”Basala hygienrutiner i vård och omsorg” som riktar sig till kommunal personal inom hemtjänst och särskilt boende enligt SoL och LSS. Beslut är dessutom fattat om att alla verksamheter i Örebro kommun som berörs av SOSFS 2015:10 ska delta i nationella punktprevalensmätningar (PPM-BHK) samt delta i Folkhälsmyndighetens mätning Svenska HALT.

Dokumentation – Kollegial journalgranskning

Granskningen visar att det finns brister i de flesta verksamheter och förbättringar behövs när det gäller att dokumentera bakgrund, kroppsfunction, status, hälsohistoria, uppföljning och frastexter. Det saknas ofta uppdaterat status gällande patientens hälsotillstånd. Det framgår därmed inte vilka förmågor respektive nedsättningar patienterna har vad gäller aktivitet, funktion, struktur och måtvärden vilket är en viktig del för att kunna bedöma hur hälsotillståndet utvecklar sig över tid.

Återkommande brister i årens journalgranskning liksom i år är ofullständig information i vårdplaner vilket innebär att den enskildes vård och behandling inte går att följa:

- uppföljning av åtgärder och måluppfyllelse i vårdplaner saknas ofta
- inaktuella vårdplaner avslutas inte alltid
- uppföljning saknas ofta av både legitimerade och baspersonal
- tydlig beskrivning av vad, hur, när, vem och uppföljning saknas ofta

I den kollegial journalgranskning som genomförts av legitimerad personal ses likvärdiga brister som lyfts tidigare år, men flera beskriver en positiv utveckling/trend jämfört med tidigare resultat, till exempel att journalföringen är mer fullständig för nya vårdtagare. Positivt är att några verksamheter själv kan se att de fått en mer systematisk uppföljning och ser vinster i att genomföra journalgranskningar som egenkontroll.

Goda exempel

Några verksamheter inom vårdboenden har systematiserat uppföljningen av dokumentationen utifrån förra årets egenkontroller vilket har gett positiva effekter. Uppföljningen har då skett på teamträffar.

Dagverksamheterna och minnesmottagningen har under flera år arbetat systematiskt för att förbättra dokumentationen. Dagverksamheterna har regelbundet dokumentationsgrupper och diskussioner för att hålla en god kvalitet på dokumentationen. Som helhet är dokumentationen god och legitimerad personal har som tidigare år ett bra resultat i sin granskning.

Analys

Orsaker till brister som framhålls av verksamheterna är:

- komplicerade rutiner och verksamhetssystem
- hög arbetsbelastning där tid och resurser inte räcker till
- stora utmaningar med sjuksköterskevakanter vilket lett till nyanställda som ska introduceras och läras upp med allt vad det innebär

- personalrörlighet och föräldraledighet i form av vård av barn bland legitimerad personal är överlag en stor utmaning för verksamhetens kvalitetsarbete.

Handlingsplaner för att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen har tagits fram men till följd av Covid-19 har aktiviteterna i handlingsplanerna inte kunna genomföras som planerat. Det har länge funnits ett stort behov av en utveckling och förändring av utbildning i dokumentation och ett nära stöd i verksamheterna.

Därför planerades det en nytt ”paket” för dokumentationsutbildning i Örebro kommun under 2021. Det nya innebär bland annat kortare utbildningsstillfällen med olika tema för att möjliggöra att kunna delta samt påbörja framtagande av nytt utbildningsmaterial. De webutbildningar som finns idag ska ses över och eventuellt ta fram nya som ett extra stöd och komplement till salsutbildningar. Till detta planerades även att starta en ny utbildningsorganisation med tre utbildare, med uppdrag viss del av deras tjänster, samt att det ska finnas handledare ute på enheterna för en nära kollegial handledning. Allt detta har fördröjts på grund av pandemin och är ännu i en uppstarts fas.

I brist på utbildade handledare har medarbetare med behov av mer stöd i dokumentation erbjudits handledning och hospitering för att bygga kunskap och kompetens på en del enheter. Den hanteringen har visats sig vara bristfällig och medför att kollegor emellan lär varandra fel för att den grundläggande kunskapen är låg.

Under 2021 föreligger ett uppdämt utbildningsbehov i dokumentation och hälso-och sjukvårdsprocessen. Det finns även ett fortsatt behov av att utbilda omvårdnadspersonal i att dokumentera direkt i fördelade vårdplaner samt fortsatt dialog mellan yrkesgrupperna där gränsdragning mellan hälso- och sjukvårds- och social dokumentation behöver tydliggöras.

Avslutningsvis upplevs verksamhetssystemet inte vara användarvänligt av legitimerad personal. Det är inte kompatibelt med andra system, som rör tex planering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Verksamhetssystemet upplevs som ett komplicerat och omständligt system, som kräver många klick för varje arbetsmoment vilket försvårar för arbetsuppgifterna och kan påverka patientsäkerheten.

Andra uppföljningar

Nedan redovisas resultat av andra uppföljningar som tas fram på en kommunövergripande nivå för:

- Palliativ vård – Palliativregistret
- Vårdprevention – via kvalitetsregistret Senioralert
- ADL-bedömningar av arbetsterapeuter
- Besiktning av sängar och personlyftar.
- Behandlande madrasser
- Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning
- Läkemedelshantering - Extern kvalitetsgranskning, digital signering

Palliativ vård

Palliativ vård är en personcentrerad helhetsomhändertagande hälso- och sjukvård. Innehållet ska utformas utifrån patientens behov med målsättning att lindra lidande och främja livskvalitet. Inriktningen palliativ vård börjar när läkare fattar det medicinska beslutet och utför brytpunktssamtal. Upprepade brytpunktssamtal kan behövs, exempelvis vid övergång till palliativ vård i livets slutskede. Palliativ vård ska bedrivas i teamsamverkan utifrån patientens behov och alla involverade ska vara införstådda med vårdens inriktning och mål.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där alla dödsfall ska registreras. I registret anges kvalitetsindikatorer med målvärden som verksamheterna ska uppnå. Det är totalt 493 dödsfall registrerade i Örebro kommun för perioden 1 oktober 2019 till 30 september 2020. Av dessa är 437 väntade dödsfall (varit inskrivna i palliativ vård) och 46 oväntade (inte varit inskrivna i palliativ vård) samt 10 dödsfall där det är oklart om dödsfallet varit väntat eller oväntat. På grund av rådande pandemi har Svenska palliativregistret förlängt tiden för dödsfallregistrering fram till första april 2021, därför kan antal registrerade dödsfall öka.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat % 2020	Resultat % 2019
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	86,7	85,5
Ordination injektion smärtlindring	98	98,4	97,7
Ordination injektion ångstdämpande	98	98,9	97,7
Smärtskattning under sista levnadsvecka	100	72,8	71,8
Dokumenterad munhälsobedömning	90	67,5	70,1
Avliden utan trycksår	90	87,2	86,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	91,5	92,1

Tabellen avser perioden 1 oktober 2019 till 30 september 2020.

- **Målvärden uppnås** för kvalitetsindikatorer gällande ordination av symtomlindring för smärta och ångest samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket.
- **Försämring ses** i kvalitetsindikator dokumenterad munhälsobedömning som har minskat med 2,6%.

Chefer för legitimerad personal har sammanställt och analyserat indikatorer i Svenska palliativ registret och de beskriver att smärtskattning och munhälsobedömning kräver förbättringsinsatser.

Utvärdering av den palliativa vården vid covid-19

Medicinskt ansvariga och palliativ vårdsamordnare har utvärderat hur palliativ vård har bedrivits i den kommunala hälso- och sjukvården under vårens pandemi. Rapporten ”Utvärdering av vården vid covid-19” visar bland annat följande brister:

- Vårdnivåbedömning och bedömning om allmän palliativ vård har många gånger varit bristfälligt underbyggda och inte alltid förankrade med patient och närstående.
- I samarbetet kring brytpunktssamtal och samtal med närstående framkommer en tydlig förskjutning av ansvar från läkare till sjuksköterska. Det framkommer också brister i förfarandet kring brytpunktssamtal. 43% av sjuksköterskorna (109st) anger att brytpunktssamtal inte har genomförts alls i samband med bedömning om palliativ vård.
- Rapporten stämmer väl överens med resultat av andra granskningar utförda av IVO och Coronakommissionen.

Analys

Den palliativa vården har fortsatt att utvecklas utifrån Svenska palliativregistrets (SPR) kvalitetsindikatorer men alla målvärden uppnås inte. Som föregående år förekommer brister i användandet av smärtskattningsinstrument samt munhälsobedömning. Chefer behöver systematiskt jobba med resultat från palliativregistret och säkerställa teamsamverkan samt att personal har kompetens inom palliativ vård.

Flera enheter beskriver i sin analys av den palliativa vården att verksamheten bedriver en god palliativ vård. Teamarbete och planering av den palliativa vården i ett nära samarbete mellan legitimerad personal och baspersonal är en framgångsfaktor men att det ibland är svårt att få till på grund av begränsad tid för teamsamverkan.

Utvärdering av vården vid covid-19 påvisar brister och förskjutning av ansvar som antas ha pågått även innan pandemin. Sjuksköterskans och läkares roll och ansvar måste tydliggöras och det behöver säkerställas att läkare alltid genomför brytpunktsamtal i samband med medicinsk bedömning om palliativ vård. Det behövs ett länsövergripande arbete med att se över struktur och arbetssätt för både kommun och region för att kunna bedriva god palliativ vård där ett multiprofessionellt teamarbete är kärnan.

Palliativa ombud i samverkan med palliativa vårdsamordnare verkar för utveckling av den palliativa vården och förmedlar kunskap samt ger stöd till övriga medarbetare. Under året har uppdragsbeskrivning för palliativa ombud reviderats. En ny roll, palliativa ombudssamordnare har skapats. Syftet med ombudssamordnarrollen är att tillsammans med palliativa vårdsamordnare höja kompetens samt att få till en bättre systematik i kvalitetsarbete inom palliativ vård.

Medicinskt ansvariga tillsammans med palliativa vårdsamordnare har ett pågående arbete med revidering av palliativ riktlinje där ansvar och teamsamverkan tydliggörs. Även det nationella vårdprogrammet för palliativ vård håller på att revideras och i remissversionen framkommer att läkares roll behöver tydliggöras avseende ansvar. I nuläget oklart när nytt nationellt vårdprogram förväntas antas.

Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård ska erhålla riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion eftersom ohälsa inom dessa områden är utbrett bland äldre inom kommunal vård och omsorg. Kvalitetsregistret Senior alert ska användas om stöd i arbetet och två riktlinjer beskriver det förebyggande arbetet, *Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert* och *Trycksår Förebygga – Utreda – Behandla – Utvärdera*.

Resultat av riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret

Vobo År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal bedöm blåsdysfunktion
2017	1235	87%	132	440	1156	121
2018	1334	84%	134	499	1381	154
2019	1414	84%	156	495	1451	229
2020	1217	85%	137	477	1365	301

HSV År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal bedöm blåsdysfunktion
2017	218	77%	14	80	76	2
2018	231	78%	15	76	65	6
2019	224	78%	21	93	117	36
2020	73	77%	18	46	37	10

FFF År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal med risk för munhälsa
2017	15	12	3	1	2	
2018	3	2	3	2	0	
2019	1					
2020	0					

Resultat från Rapport Vårdprevention i Senior alert.

- På vård och omsorgsboende är registrering stabilt trots pandemin.
- I hemsjukvården är antal registrerade riskbedömningar ännu lägre än tidigare, vilket även då varit mycket lågt i förhållande till antal personer med hemsjukvård.
- Bedömning av blåsdysfunktion brister både på boenden och i hemsjukvård.
- Förvaltningen för funktionsstöd har under året inte registrerat någon riskbedömning för de ca 100 personer som är 65 år och äldre.

Analys

Vårdgivaren har ett ansvar att förebygga ohälsa inom dessa områden. En del av det förebyggande arbetet är att utreda och stärka personens egna resurser för att bibehålla funktionalitet att vara självständig i toalettbesök. Därför är det anmärkningsvärt att riskbedömning avseende blåsdysfunktion görs i så liten utsträckning. Kompetens i ämnet brister.

Även andra indikatorer finns som tyder på bristande utredning, behandling och omhändertagande vid inkontinens, där forskrivningsmönster av inkontinenshjälpmedel återkommande visar på brister vilket kontinenssamordnare regelbundet redovisar.

Med tanke på årets ansträngda läge är det positivt att registreringar gjorts i den omfattning som är på vård och omsorgboende vilket får tolkas som att arbetssättet för den vårdpreventiva processen är stabil där med undantag för bedömning av blåsdysfunktion.

Oberoende av årets pandemi har man inom hemsjukvården och Förvaltningen för sociala insatser inte lyckats skapa förutsättningar för ett förebyggande arbetssätt med strukturerat tvärprofessionellt samarbete med riskbedömning och uppföljning av åtgärder integrerat med övrig genomgång av patienternas hälsotillstånd och rapportera händelser (avvikelser). Det är och har varit eftersatt i många år.

Bedömningar av arbetsterapeut

Arbetsterapeuter använder i sitt dagliga arbete olika bedömningsinstrument för att bedöma patientens funktionsförmåga. Bedömningen används som underlag för åtgärder, mätning av effekt av åtgärder och för att hjälpa patienten att sätta mätbara mål. ADL-bedömningar dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva och vissa av dessa registreras i ett program som heter FSAdis.

Registrerade bedömningar i FSAdis möjliggör uttag av statistik på individnivå och på enhetsnivå men systemet är inte användarvänligt och registrering medför en dubbeldokumentation. Därav har många arbetsterapeuter slutat att använda FSAdis. Antalet dokumenterade ADL bedömningar, patientens måluppfyllelse och effekten av åtgärderna går därmed inte att mäta idag på enhetsnivå. Att mäta värden är en förutsättning för att kunna följa arbetet och identifiera behov av förbättringsarbete. Bristerna har påtalats men det har inte förekommit några riktade åtgärder för att utveckla dessa brister.

Analys

I linje med ”Rehabiliterande arbetssätt i Örebro” behöver arbetsterapeuter utveckla arbetet kring hur patienten ska sätta sina egna mål samt värdera/ skatta utförande och tillfredställelse i aktivitet. Det bör göras genom att använda validerade bedömningsinstrument för att kunna mäta och följa effekter av den rehabilitering som erbjuds.

Verksamheten behöver ett integrerat och användarvänligt system för att systematiskt kunna jobba med målsättningar och kunna mäta effekten av rehabiliterande åtgärder och därmed kunna göra analyser på en aggregerad nivå.

På grund av att man inte kan få ut mätbara värden ut verksamhetssystemet Treserva och att man tycker att FSAdis kräver mycket administrativ tid går det inte göra några analyser och sätta in förbättringsåtgärder på aggregerad nivå.

Besiktning av sängar och personlyftar

Förebyggande underhåll, rekonditionering, utrangering, service och besiktningar innebär patient- och driftsäkerhet och kostnadseffektivitet. Återanvändningen av omvårdnadshjälpmedlen är stor.

Antalet omvårdnadshjälpmedel, ärenden och komplexiteten har ökat. Nya vårdboenden och gruppboenden tillkommer löpande. Detta innebär stor ökning av framför allt de större omvårdnadshjälpmedlen som vårdsängar, lyftar och hygienstolar. Allt fler och även mer avancerade omvårdnadshjälpmedel kräver ytterligare service och besiktningar.

På grund av ovanstående ökning har sedan ett antal år bakåt verksamhetschef framhållit att enheten med nuvarande resurser inte kan fullgöra sitt givna uppdrag och de krav som finns vad gäller service och besiktningar.

På grund av pandemin har besiktningar inte kunnat utföras enligt plan under en längre period i ordinärt boende eller för taklyftar i vårdtagares lägenheter på vårdboenden. En handlingsplan och genomförande för besiktningar vid vård och omsorgsboenden, skolor och dagverksamheter har påbörjats samt att extra resurser har tillsatts under hösten för att möta upp behovet av besiktningar.

- **Personlyftar** ska besiktigas en gång per år.
Det finns 1069st. registrerade personlyftar. 506st. har besiktats i år vilket är 367 färre än 2019.
- **Vårdsängar** ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år.
Kommunen har 2400st. vårdsängar. Endast de sängar som levererats ut från Enheten för omvårdnadshjälpmedel har besiktigats, ca 450st. Övriga vårdsängar servas och besiktas inte på grund av resursbrist, de åtgärdas endast när fel uppstår.
- **Duschbritsar** ska kontrolleras varje år enligt anvisning.
Antal duschbritsar: 100st. Besiktas inte på grund av resursbrist, de åtgärdas endast när fel uppstår.
- **Periodisk besiktning av lyftselar** ska ske var 6:e månad och dokumenteras enligt anvisningar. Genomförs inte alls idag.

Analys

Örebro genomför inte de besiktningar och kontroller som krävs enligt de krav som ställs på vårdgivare. Antalet besiktningar som genomförts under året har återigen minskat jämfört med tidigare år. Orsak som anges till detta är resursbrist samt att pandemin har medfört att besiktningar och kontroller inte har kunnat utföras vid rådande besöksförbud vid vård- och omsorgsboende.

För att kunna erbjuda en god och säker vård äskas sedan flera år tillbaka om resurser för att möta upp de krav som finns på besiktningar och kontroller av medicintekniska produkter. Det är anmärkningsvärt att problemen kvarstår och resursfrågan fortgår år efter år utan att förutsättningarna förändras. Det finns behov att en översyn görs kring organisation, kompetens, personalresurser och tekniska förutsättningar för att säkra hantering av omvårdnadshjälpmedel i Örebro kommun.

Behandlande madrasser

Sedan december -18 förskriver ansvarig sjuksköterska behandlande madrasser i Örebro län. Beslutet att förskrivning skulle flyttas från läkare till sjuksköterska gick snabbt och verksamheten var inte beredd på ansvarsöverföringen. Regionala riktlinjer och styrdokument finns som stöd för förskrivningsprocessen med att bedöma, förebygga, utreda och behandla trycksår men implementering kring dessa riktlinjer har varit bristfällig.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för förskrivning och information till patient, övrig personal och eventuell anhörig. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för utvärdering av behandlingen och uppföljning av fortsatt behov.

Då kostnader för förskrivna madrasser, som Centrum för hjälpmedel tillhandahåller och levererar, ökat markant beslutades om en utvärdering. Journalgranskning genomfördes av samtliga aktuella förskrivningar vilket visade på att processen för förskrivning av madrasser var bristfällig. Det var oklar om patienter får rätt madrass vid rätt tillfällen i vården och underlag för bedömning och uppföljning samt dokumentation av förskrivningarna brister.

Analys

Verksamheten behöver öka kännedom om gällande riktlinjer för att göra rätt bedömningar och förebyggande insatser samt skapa ett fungerade teamarbete kring sköra patienter för att undvika trycksår.

Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning

Med anledning av pandemin behövde kvalitetsuppföljningar prioriteras om och metod anpassas genom att platsbesök ersattes av digitalt möte mellan enheten för uppföljning och aktuell verksamhet. Under 2020 följdes 5 vård- och omsorgsboenden upp totalt, 3 externa utförare och 2 utförare i Örebro kommuns regi. Brister identifierade i granskningarna beskrivs under respektive rubrik i patientsäkerhetsberättelsen.

Analys

Det finns inga direkta skillnader mellan vilka verksamheter som har vilka av de beskrivna bristerna, alla brister inom samma områden vad gäller hälso- och sjukvård. Däremot är de beskrivna bristerna mer omfattande hos vissa än hos andra. I de verksamheter där bristerna för journalföring är mer omfattande är det anmärkningsvärt att dessa inte identifierats av verksamheten själva vid den egenkontroll av dokumentationen som verksamheten är skyldig att genomföra årligen. Det finns därför behov av att verksamheterna säkerställer att och hur egenkontroll genomförs samt att förbättrande åtgärder sätts in för de brister man identifierar.

En brist som alla granskade vård- och omsorgsboenden har är att det saknas processer och rutiner för hur man hanterar och planerar för fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter, det vill säga de uppgifter som omvårdnadspersonal utför på uppdrag av legitimerad personal. Otydliga eller ej fullkomliga rutiner innebär att överläten hälso- och sjukvård riskeras att inte utföras eller utföras på felaktigt sätt vilket är allvarligt då konsekvenserna kan innebära allvarlig vårdskada. Här har verksamheterna ett ansvar att skapa säkra rutiner och processer.

Läkemedelshantering

Kvalitetssäkring och uppföljning av området läkemedelshantering har under året blivit lidande på grund av flera faktorer som bland annat:

- coronapandemin
- införande av nytt system för digital signering med stora kvalitetsbrister
- eftersatt styrning och ledning av arbetet i nätverk för läkemedelsamordnare
- fortsatta brister i möjlighet till uttag av följemått från journalsystemet
- försenad revidering av riktlinjer och rutiner
- bristande kunskap hos chefer om möjlighet att använda befintligt system för daglig upplösning av de hälso- och sjukvårdsåtgärder som delegeras och fördelas till omvårdnadspersonal.

Läkemedelsgenomgångar – inte säkerställt

Det finns fortfarande inget enhetligt sätt att sammanställa utdata för att följa om det är säkerställt att alla som borde erhållit en läkemedelsgenomgång på vård och omsorgboende och i hemsjukvården har fått det.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och förråd

Granskning utförs av Apoteket AB enligt upphandlat avtal årligen av femton enheter (boende och hemvård med akutbuffertförråd) och fyra enheter i Förvaltningen för funktionsstöd. I år ställdes samtliga granskningar in i vård och omsorgsförvaltningen men genomfördes anpassat i förvaltningen för sociala insatser genom att:

- 18 enheter deltog på kvalitetsmöte digitalt via teams.
- Apotekare planerade granskning av HSE:s akut och buffertförråd men detta fick skjutas upp till början av 2021 pga. pandemin.
- Ingen granskning utfördes av apotekare av läkemedelsförvaring på enheterna, stickprovskontroll utfördes istället av sjuksköterska för 8 enheter i minst två lägenheter.

- Åtgärdsplan upprättades för identifierade brister och uppföljning av dessa planeras av sjuksköterska tillsammans med enhetens chef.

Digital signering

Signering av en utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd är en del av kravet på dokumentation av en patients hälso- och sjukvård. Signering är en journalhandling som visar vilken vård och behandling patienten får, av vem och vid vilken tidpunkt. För legitimerad personal är det ett krav att de ska följa upp den vård och behandling som de har ansvar för. Uppföljningen behöver därför kunna göras i realtid, systematiskt, på individ- och aggregerad nivå och överskådligt av legitimerade och ledning.

Nedan redovisas övergripande resultat för Vård och omsorgsförvaltningen inklusive de externa utförare av omvårdnad för de kunder som har hälso- och sjukvård.

Signerade hälso- och sjukvårdsåtgärder – statistik ur systemet MCSS

Rapporter och grafer som dagligen är tillgängliga för chefer och legitimerad personal ger förutsättningar för uppföljning och kontroll som är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Med rapporter och möjlighet att filtrera och välja vad som ska följas upp kan mönster och trender upptäckas enkelt och snabbt och åtgärder vidtas.

I nedanstående tabell visas exempel på resultat på den statistik som kan tas ut ur systemet. Av totalt 461 051 hälso- och sjukvårdsinsatser som skulle signeras under augusti månad var 95 % signerade och av dessa var 84 % signerade inom tidsram. Under oktober och november saknas uppgifter då nytt system infördes. Från december månad kan resultat följas igen efter återgång till MCSS och man är tillbaka på samma nivåer av antal insatser. Insatser är fördelade enligt nedan:

Insats augusti	Antal	Insats	Antal
Läkemedel	341 581	Kateterrelaterade åtgärder	2 800
Övriga HSL-insatser	39 417	Funktionsträningar	6 070
Nutritionsbehandlingar	16 177	Munvårdande insatser	13 598
Nattinsatser	5 381	Sondrelaterade insatser	1 576
Särvård/trycksårs insatser	8 689	ADL träningar	391
Kompressionsbehandlingar	7 344	Stomivårdande insatser	364
Förebyggande åtgärder	16 831	Summa	461 051

Digital signering i Treserva

För digital signering in Treserva saknas möjlighet att sammanställa rapporter.

Analys

Beslut om avveckling av tidigare upphandlat system för digital signering och införande av annat system utan föregående riskanalys inför beslut, utan kontroll av funktionalitet eller involvering av sakkunniga och medicinskt ansvariga är ett allvarligt avsteg från gällande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvård i kommunal verksamhet. Medicinskt ansvariga har ett reglerat yttersta ansvar för säker läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård.

Beslutet och ledningens fortsatta införande trots påtalade risker, både utifrån allvarligt försämrad kvalitet och olämplig period för planerat införande under hösten, med en befarad ”andra våg” av pandemin, har inneburit en påtaglig risk för patientsäkerheten.

Den nya applikationen för digital signering i Treserva saknar många av tidigare kravställda och upphandlade funktioner som möjliggör systematisk uppföljning och kvalitetssäkring av utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder där majoriteten är läkemedelshantering. Både införandet av ny applikation med överföring av information från ett system till ett annat och sedan återgång till tidigare system har inneburit stor arbetsbelastning i redan mycket ansträngt läge kopplat till pandemin. Uppföljning behöver göras under 2021.

Vårdgivaren är skyldig att bedriva systematiskt kvalitetsarbete. Att analysera 461 000 signeringar utan bearbetade data går inte. System med artificiell intelligens är nödvändigt. Upphandlat system MCSS som vård och omsorgsförvaltningen nu återgått till för digital signering har den funktionen. Det kvarstår att utnyttja dess fulla potential, som att analysera hur insatser är fördelade över dygnet i syfte att få till en jämnare arbetsbelastning över dagen och försöka sprida topparna tex mellan 7:30 – 10. Chefer har behov av kompetensutveckling för att kunna använda bearbetade data till förbättringar i verksamheten och för att sätta in åtgärder för att förbättra patientsäkerheten.

Avvikelser

En samlad analys av avvikelser samt beskrivning av några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med tabell över antal och typ av avvikelser och förbättringsförslag.

Antal avvikelser – registrerade i avvikelsemodul verksamhetssystem Treserva

Antal rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelssystemet för egenregion inklusive externa utförare av omvårdnad är **totalt 3 766st**. Av dessa är 1 560 inte avslutade, dvs processen för hantering är inte fullföljd, för några är utredning pågående, för andra inte påbörjad.

- **läkemedelshantering: 2 732st** varav 1 270 handlar om utebliven dos. Totalt signeras ca 340 000 läkemedelsbehandlingar per månad.
- **fallhändelser: 4 084st**. Av dessa är 868 kopplade till någon skada och 36st bedöms ha haft allvarlig konsekvens för den enskilde. Majoriteten är inte orsakade av brister i verksamheten utan olyckshändelser vilket har framgått av den utredning som ska göras vid samtliga fall.
- **bristande informationsöverföring: 150st** och berör både intern och extern information, vilket är en klar underrapportering.
- **fördröjd, felaktigt utförd eller utebliven hälso- och sjukvård: 624st**, varav 40st har haft allvarlig konsekvens för den enskilde. Dessa ska rapporteras till medicinskt ansvariga som bedömer om fördjupad utredning ska göras. Endast 2 är registrerade för fördjupad utredning och endast 8 av samtliga 40 är avslutade.
- **trycksår: 16st vilket är en underrapportering** då det i Senior alert finns angivet att 152 personer har 197 trycksår varav 119 är i kategori 2 – 3 som ska rapporteras som en avvikelse och utredas.

Verksamheternas beskrivning sammanfattad av medicinskt ansvariga

Vissa åtgärder har vidtagits utifrån förra årets identifierade brister vad gäller följsamheten till avvikelseprocessen men flera brister kvarstår. En åtgärd som flera verksamheter genomfört är att skapa forum för teamet att hantera avvikelserna tillsammans. Däremot saknas fortfarande åtgärder för att höja kunskapen om hur avvikelserna ska hanteras och hur man lyckas med ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de brister som identifieras.

Läkemedelsavvikelser är liksom tidigare är den vanligaste avvikelsetypen. Verksamheterna vittnar om att många av dessa hade kunnat undvikas då det ofta handlar om att personal glömt bort att ge läkemedlet. Det framkommer att många verksamheter kämpar men inte lyckas skapa en patientsäkerhetskultur där syftet med att rapportera händelser är att identifiera vad som gått fel, inte vem som gjort fel. En orsak kan vara att åtgärderna som sätts in är på individnivå och inte på organisatorisk nivå och det skickar dubbla budskap. Chef kommunicerar att syftet inte är att hitta vem som har gjort fel men den vanligaste åtgärden som sätts in är samtal med den medarbetare som orsakat avvikelsen om vikten av att göra rätt. Här har verksamheterna ett arbete att göra. Istället för samtal med medarbetaren om att inte glömma måste verksamheten titta på åtgärder som kan stötta medarbetaren att komma ihåg.

Fallavvikelser anges som den näst vanligaste rapporterade avvikelser. Vid utredning visar det sig oftast handla om olycksfall och inte att fallhändelsen orsakats av brister i verksamheten. Däremot är det viktigt att arbeta med den statistik avvikelsemodulen kan ge för att utvärdera arbetet med vårdprevention och åtgärder för att förebygga fall då dess konsekvenser utgör ett stort problem för den enskildes liv och hälsa.

Det finns goda exempel i verksamheterna där man utifrån brist satt in åtgärd och kunnat se att det resulterat i en förbättring men de är få i förhållande till den mängd brister som verksamheten identifierat. Effekten av åtgärderna varierar och en och samma åtgärd uppges ha olika effekter i olika verksamheter. En anledning kan vara hur åtgärderna implementeras samt om en åtgärd genomförs ensam eller i kombination med andra.

Överenskommelse avvikelser i vårdkedjan med regionen

Överenskommelsen om hantering av avvikelser i vårdkedjan mellan regionen och Örebro kommun är ännu inte fullt ut implementerad. Avvikelserna handlar om bristande informationsöverföring och tydligheter om ansvarsfördelningen av vården för patienten.

Analys

Verksamheterna brister vad gäller följsamheten till hur utredning, bedömning, åtgärder och uppföljning av avvikelser ska genomföras och dokumenteras. Det nya förändrade arbetssätt kring avvikelser för arbetsterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer har varit en lång process som påbörjades i slutet av 2018, där bland annat chefs ansvar för att utreda och dokumentera avvikelser med hjälp av teamet tydliggjordes.

Övergången till nytt arbetssättet har varit svårt och man jobbar inte systematiskt med avvikelser på en aggregerad nivå. Därmed saknas ett lärande i organisationen. Medicinskt ansvariga anser att det saknas ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för hantering av avvikelser. Det saknas ett ledningssystem och stödpersoner som stödjer verksamheterna i processen.

Klagomål och synpunkter

Samlad analys av klagomål och synpunkter samt viktiga lärdomar som har spridits.

Det råder fortfarande stor okunskap och osäkerhet om hantering av klagomål och synpunkter. Ny riktlinje uppfattas inte som tillräckligt vägledande och verksamheten har svårt att avgöra vilka klagomål och synpunkter som ska rapporteras och hur de ska rapporteras då fler möjligheter finns, avvikelshanteringen i verksamhetssystemet och generellt till Örebro.se via hemsidan. Vad är det för skillnad på en avvikelse och ett klagomål? Är det händelsens art eller är det vem som identifierar händelsen som avgör vilket det blir? Verksamheterna behöver få stöd i att sortera dessa frågeställningar.

Av totalt 11 745 registrerade avvikelser i avvikelssystemet är 318 klagomål. I kommunens diarium saknas struktur för möjlig att sammanställa övriga inkomna klagomål och synpunkter som berör programnämndens område vård och stöd.

Risikanalys

Samlad analys av riskhantering samt beskrivning av några viktiga lärdomar som har spridits.

På grund av pandemin har verksamheterna genomfört många fler riskanalyser än tidigare. Riskanalyser har genomförts efter att beslut redan är tagna, vilket riskerar att man genomför förändringar på fel grunder. Orsak som angetts har varit tidsbrist och man har varit tvungen att agera under pandemin.

Det råder viss okunskap om på vilken nivå riskanalyser ska ske samt att få med ett patientsäkerhetsperspektiv i riskanalyserna utifrån föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Medicinskt ansvariga kan se att verksamheterna förväxlar begreppen riskanalys på en övergripande nivå/verksamhetsnivå med riskbedömningar utifrån en individs behov och risker, vilket leder till att alla arbetar väldigt olika.

Det finns en kommunövergripande mall för riskanalyser som använts och det finns analysledare som har varit med som ett stöd i att leda processen.

Det saknas fortfarande verktyg och eventuellt en lathund för riskanalyser med fokus på patientsäkerhet, som skulle underlätta och stödja arbetet i att få med perspektivet patientsäkerhet. Framtiden är också att integrera riskanalyser för arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser

Stabsläge vid covid-19

I samband med coronapandemin upprättades en central staborganisation för huvudmannen Örebro kommun samt staborganisationer i respektive förvaltning. Örebro kommuns egenregi gick upp i stabsläge för att effektivt och säkert hantera coronapandemin. Genom staborganisationen har man möjliggjort snabba och effektiva besluts- och kommunikationsvägar ut till verksamheterna för att möjliggöra en hög patientsäkerhet. Digitala lösningar för att samla information och kommunicera med varandra har varit avgörande för arbetet. Även externa utförare som ingår i en större koncern beskriver hur man förändrat organisation och ledning för att snabbt och effektivt kunna ta del av information och utbyta erfarenheter.

Medicinskt ansvariga har haft regelbundna inbokade avstämningar med stabschefer för Vård och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser samt båda förvaltningars verksamhetschefer och/eller avdelningschefer. På dessa möten har rådande läge följts upp vad gäller smitta och hur man arbetat med patientsäkerhet, hygien och smittskydd. Uppehåll gjordes under sommaren men möten återupptogs under hösten med vård och omsorgs förvaltningschef då smittspridning åter igen tog fart.

Allmänna åtgärder och arbetsätt

Årets patientsäkerhetsarbete har präglats av coronapandemin i verksamheterna och stort fokus har legat på att minska risken för smittspridning. Följande åtgärder har genomförts av alla verksamheter oavsett förvaltningstillhörighet och oavsett om det är externa utförare eller egenregi:

- Implementera och arbeta efter riktlinjer, rutiner och styrdokument kopplat till covid-19 som fastslagits av Folkhälsomyndigheten, Örebro läns Smittskydd & Vårdhygien, Örebro kommuns medicinskt ansvariga och vårdgivarnas verksamhetschef för hälso- och sjukvård.
- Utbildningsinsatser till personal i hygien och smittskydd.
- Säkra tillgången på skyddsutrustning.
- Skapa förutsättningar för säkra besök av anhöriga utifrån smittrisk på särskilda boenden.

Avsteg från rutin Delegering av läkemedelshantering

På grund av rådande situation till följd av pandemin med ofrivilligt låg bemanning beslutade medicinskt ansvariga tillsammans med verksamhetschef HSL i båda förvaltningarna att godkänna tillfälligt avsteg från rutin om delegering av läkemedelshantering. Det innebar att samtliga aktuella delegeringar förlängdes utan omprövning med innehållande kunskapstest. Dessutom möjliggjordes att delar av aktuella delegeringar blev giltiga i ett större geografiskt område under motsvarande period för att möjliggöra snabb förflyttning av personal vid behov. Riktlinje skrevs av medicinskt ansvariga för denna tillfälliga ordning där även riskbedömning ingår.

Avsteget upprepades under hösten inom vård och omsorgsförvaltningen till följd av ett misslyckat införande av nytt system för digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder vilket medförde nödvändig återgång till tidigare system. Både införandet av nytt system under hösten och några

veckor senare återgång till tidigare system innebar en kraftigt ökad arbetsbelastning för fram för allt sjuksköterskor. Det inträffade samtidigt med ökad smittspridning och insjuknanden i covid-19 samt tidskrävande kommande massvaccinering. Det medförde behov av att igen avlasta legitimerade.

Utvärdering av vården vid covid-19

Utifrån rådande läge med stor smittspridning, rapporter om överdödlighet bland äldre på boenden och brister i individuella behovsbedömningar av vård gjordes en utvärdering av medicinskt ansvariga och palliativa vårdsamordnarna. Resultat av enkäter till 109 sjuksköterskor och journalgranskning sammanställdes i rapport, *Utvärdering av vården vid covid-19* (Sov 757/2020). Resultatet stämmer väl överens med de brister som framhållits av Inspektioner för vård och omsorg (IVO) och av corona kommissionen i deras granskningar.

Slutsatsen i rapporten är följande:

Undersökningen har visat på brister och förskjutning av ansvar som antas ha pågått även innan pandemin men som nu tydliggjorts. En rimlig slutsats är att både sjuksköterskans och läkares roll och ansvar för patienter i hälso- och sjukvården i kommunen måste tydliggöras. Den förskjutning av ansvar som syns är en följd av att organisationen inte är anpassad till hur en god vård bör bedrivas. Strukturen behöver ses över och organisationen få förutsättningar för att kunna bedriva god palliativ vård där ett multiprofessionellt teamarbete är kärnan.

Undersökningen har synliggjort ett behov av ett intensifierat arbete tillsammans med region Örebro län för att se över arbetssätt för palliativ vård i Örebro Kommun. Att tillsammans med primärvården i regionen skapa förutsättningar för att bedriva en god palliativ vård där patient och närstående står i centrum, bör vara en prioriterad fråga inom närstående tid.

Vad som också synliggörs är motsvarande förskjutning av ansvar från sjuksköterskor till omvårdnadspersonalen, vilket utsätter dem för att behöva ta ett ansvar de inte har kompetens för. Det utsätter också patienter för att inte få den vård och omsorg de har behov av.

Slutsatser och farhågor från rapporten behöver följas upp under 2021.

Konsekvenser för kompetensutveckling

Många utbildningar har behövt ställas in, vissa har anpassats till nya former på länk, men mycket har inte kunnat genomföras. Det innebär att kompetensutveckling inom många områden har blivit eftersatt och behöver kompetensernas framåt.

Demensteam

Coronapandemin har inneburit att demensteamet inte kunnat utföra sina insatser i form av stöd, handledning och utbildning till verksamheterna som planerat. Verksamheterna har behövt lägga stort fokus på allt coronapandemin fört med sig och behövt prioritera bort behov av demensteamet insatser. Teamet som under vår och sommar bestod av två medarbetare har periodvis varit lågt bemannade då de lånat ut sin sjuksköterska för att arbeta på korttidsverksamhetens covidavdelning som har haft brist på personal. För att minska smittrisen har demensteamet varit restriktiva med platsbesök vilket varit ett hinder för handledning och bedömningar. Dessutom har flertalet av de planerade utbildningarna i BPSD registret och personcentrerat arbetssätt vid demenssjukdom (Stjärnmärkt) ställts in. Detta gör att det finns stora behov av insatser för handledning och utbildningar för Demensteamet 2021.

Förflytningsutbildning under pandemin

Alla planerade tillfällen för introduktionsutbildning i manuella förflyttningar och lyftkörkort stoppades under två perioder till följd av pandemin och risk för smitta i samband med utbildningstillfället. Vid första stoppet var syftet att utreda riskerna och anpassa utbildningskonceptet för att uppnå en så lite risk för smittspridning som möjligt och samtidigt upprätthålla en god kvalitet på utbildningen. Målet var att introduktionsutbildningen skulle komma

igång igen under maj månad i anpassad form. Man valde att göra filmer som visar alla momenten som personal skulle kunna titta på när det passar vid introduktion.

Problemet vara att ny personal inte fick en godkänd utbildning då man inte kunde visa på praktiska kunskaper, vilket innebar att de inte kan delta i alla omvårdnadssituationer. Ordinarie utbildningen kom igång igen i juni. Andra stoppet i december görs enbart för att minska smittspridning.

På grund av inställda utbildningar våren och sen höst blir det en utbildningsskuld, vilket verksamheten behöver planera att komma ikapp med under 2021. Det finns fortfarande personal i verksamheten som inte har rätt kompetens och som behöver utbildning. Planering för det finns.

Hemsjukvården (HSV) – Vård och omsorgsförvaltningen

Det finns inga rapporterade vidtagna avsteg från gällande riktlinjer, rutiner och styrdokument kopplat till arbetssituationen under Coronapandemin men några omständigheter anges ha försvårat följsamheten. Hemsjukvården uppger att den låga bemanningen av sjuksköterskor varit en patientsäkerhetsrisk och att man behövt prioritera bland arbetsuppgifterna. Hög sjukfrånvaro försvårades av att hemsjukvårdens sjuksköterskor lånades ut till andra verksamheter samt att de som var kvar fick i uppdrag att utföra arbetsuppgifter som egentligen inte ingår i deras ansvarområde. Det har handlat om provtagning av patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården och som egentligen skulle provtagits av primärvården, antikroppsprovtagning av medarbetare (över 2 000st) samt ansvaret för kommunens akutlager av skyddsutrustning som hemsjukvården ansvarade för under våren och som krävde mycket resurser, innan det centrala lagret tillskapades.

Förebyggande verksamheter – Vård- och omsorgsförvaltningen

Dagverksamheterna inom Vård- och omsorgsförvaltningen stängde ner sina verksamheter i mars för att minska risken för smittspridning då många personer från olika delar i Örebro samlas för aktiviteter och umgänge med varandra. Det var 548 medborgare som påverkades av den tillfälliga nedstängningen. För att minimera de negativa konsekvenserna för den enskilde har alternativa insatser satts in så som trygghetssamtal, promenader, egen träningsprogram och utökade insatser av hemvård men också anhöriga.

Under nedstängningen har dagverksamhetens personalresurser använts inom särskilt boende som haft låg bemanning och hög arbetsbelastning, för att öka patientsäkerheten där. När dagverksamheterna öppnade igen efter sommaren gjordes det med halverade grupper, tydliga hygienrutiner och enskilda transporter till och från för att minimera risken för smittspridning. Under november stängdes dagverksamheterna tillfälligt igen på grund av den ökade smittspridningen i samhället.

För att minska risk för smittspridning har enheten för omvårdnadshjälpmedel inte kunnat utföra alla planerade besiktningar och service av lyftar och vårdsängar.

Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) – Förvaltningen för sociala insatser

Två områden lyfts fram där verksamheten har satt in åtgärder för att underlätta och minimera de negativa konsekvenserna som Coronapandemin inneburit. Det handlar om ökad digitalisering och prioritering av arbetsuppgifter.

Medarbetare som inte kunnat vara på jobbet men inte behövt vara sjukskrivna har erbjudits digitala lösningar för att arbeta hemifrån med anpassade arbetsuppgifter. Dessutom infördes digitala ombud för handledning i digitala system och arbetssätt. Dokumenterade effekter är att de som arbetat hemifrån har minskat arbetsbelastningen för enheten och att medarbetare med hjälp av de digitala ombuden snabbt kunde ta till sig och börja arbeta med de digitala lösningar och arbetssätt som erbjudits.

Även HSE har haft brist på sjuksköterskor på grund av hög sjukfrånvaro och som en del i arbetet med att prioritera rätt har verksamheten sett över vilka arbetsuppgifter som kan läggas på andra funktioner i verksamheten. En administratör utsågs som under vissa tider på dagen tagit emot alla telefonsamtal med ärenden till sjuksköterska. Förutom ärenden av akut karaktär har dessa samlats ihop och rapporterats över till sjuksköterska vid en bestämd tidpunkt. Det har medfört att

sjuksköterskorna kunnat arbeta mer effektivt utan så många avbrott. Förutom att ta emot telefonsamtal har det administrativa stödet på uppdrag av sjuksköterskan förnyat recept genom kontakt med mottagningar inom regionen. Effekten av detta har inte bara blivit att sjuksköterskorna avlastats i sitt arbete men att det administrativa stödet kunde se brister i processen för receptförnyelse för vilka förbättrande åtgärder sattes in. För att säkerställa hög patientsäkerhet i samband med att administrativa stödet utför arbetsuppgifter som annars genomförs av personal utbildad i hälso- och sjukvård har verksamheten arbetat efter tydliga rutiner och underlag som stöd för det arbete som ska utföras på ett patientsäkert sätt.

Olika förutsättningar – egenregi och externa utförare

I verksamheternas beskrivningar framkommer att förutsättningarna att hantera negativa konsekvenser som pandemin inneburit skiljer sig åt beroende på om det är verksamheter inom Örebro kommuns egenregi eller externa utförare. Egenregi har med sin stora organisation bra förutsättningar för samverkan och samarbete mellan verksamheter och enheter. Till exempel har de vid lokala bemanningsproblem kunnat omfördela sina resurser från en verksamhet till en annan för att på så sätt använda resurserna där de behövs som mest. Externa utförare har varit mer sårbara vid den ofrivilligt låga bemanning som drabbat de allra flesta verksamheter.

Tullhuset – kottidsenhet covid-19 avdelning

Två avdelningar på Tullhuset har ställts om från vanlig korttidsvård till korttidsvård för patienter med covid-19, med stora behov av vård och omsorg samt de som av olika anledningar varit svåra att isolera från andra. En avdelning har använts för rehabilitering och eftervård. Totalt har 77 patienter vårdats på dessa avdelningar. För att ställa om till vård av patienter med covid-19 har man bland annat förstärkt personalgruppen genom att utöka antalet av samtliga professioner och genomfört utbildningsinsatser. Under våren har en kurator från regionen funnits på plats utifrån läget med covid-19 och denna var då ett stöd för både patienter, anhöriga och medarbetare.

Samlad analys av medicinskt ansvarig

Verksamheterna har visat på en otrolig kraft i att ställa om och att hitta lösningar under året med anledning av coronapandemin och allt den inneburit. Nära ledarskap har av högsta ledningen lyfts fram som en framgångsfaktor. Situationen har samtidigt blottlagt bristande strukturer och kompetens i organisationen vilket även är den samlade nationella analysen av pandemin. Många av dessa briser är inte nya utan har funnits under lång tid vilket har påpekats både i nationella rapporter och lokalt i patientsäkerhetsberättelser genom åren.

Briser i kunskap men också förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete får konsekvenser inom många områden så som hygien, dokumentation, vårdprevention samt avvikelshantering. En del förbättringar har genomförts men blir sällan varaktiga. Detta leder till att brister återupprepas och akuta utryckningar blir arbetssättet för problem som uppstår i stället för strukturerat kvalitetsarbete där förebyggande arbete är grunden.

Kommunal hälso- och sjukvård handlar om avancerade bedömningar, omvårdnad, rehabilitering och medicinska åtgärder och är helt beroende av ett fungerande teamsamarbete. Hälso- och sjukvård kan aldrig ses som punktinsatser utan måste alltid ingå som en del i vården och omsorgen där den är integrerad med socialtjänsten. Detta är avgörande för att uppnå en god kvalitet och därmed bästa möjliga hälsa hos de personer som är beroende av kommunala insatser. För att detta ska bli välfungerande krävs ett multiprofessionellt samarbete vilket det saknas struktur och arbetssätt för idag.

Samverkan med Region Örebro län måste utvecklas. Nu finns den möjligheten då det ska ske en förflyttning mot nära vård i kombination med att i samverkan arbeta med de övergripande brister som synliggjorts i samband med pandemin vilka har belysts av IVO och coronakommissionen samt i Örebro kommuns rapport ”Utvärdering av vården vid covid-19”. Kommunen behöver utifrån sitt

ansvar som huvudman omvärdera sin kunskap om den omfattning av hälso- och sjukvård som bedrivs och dess komplexitet för att belysa vad det faktiskt innebär. Brister har i många år belysts i patientsäkerhetsberättelser men har aldrig i grunden lett till fördjupad analys av orsak.

Framtagandet av en övergripande strategi för patientsäkerhet ses som ett första steg för att skapa en patientsäkerhetskultur i Örebro kommun, grundläggande för att förhindra att vårdskador inträffar och därför viktig att prioritera.

Mål och strategier för 2021

Kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet utifrån analys av redovisade resultat.

Flera av de åtgärder och aktiviteter som var planerade utifrån mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2020 har inte genomförts. Den främsta anledningen har varit coronapandemin och det arbete som behövt prioriteras i och med den. Utifrån situationen som varit under året föreslår medicinskt ansvariga att mål och strategier för 2021 ska vara samma som de var under 2020. Detta för att ge verksamheterna mer tid att arbeta med dessa.

Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer

Hälso- och sjukvårdsprocessen:

- att öka kunskapen om legitimerades ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessens alla steg – ta emot vårdbegäran, utreda, bedöma behov och fastställa mål, planera åtgärd, genomföra åtgärd, följa upp
- att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvårdsprocessen ska journalföras
- att skapa struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete utifrån den enskildes behov
- att delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter hanteras på ett säkert sätt

Systematiskt kvalitetsarbete:

- att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
- att riskanalyser genomförs utifrån patientsäkerhet
- att kunskapen om avvikelseprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder
- att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser
- att förbättringsarbete blir en del av det dagliga arbetet.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

- att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård

Utifrån ovanstående mål och strategier behöver verksamheten i samverkan med medicinskt ansvariga fortsätta arbetet som påbörjades med handlingsplan föregående år samt följa upp effekt av de åtgärder som genomfördes. Handlingsplanen ska innehålla aktiviteter, ansvariga och plan för uppföljning av effekt.