

Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2019

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

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet 2019

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

Mål och strategier

Programnämnd social välfärd beslutade om följande målområden för verksamheterna att förbättra och utveckla under 2019 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret
- Utveckla systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställa journalföring och informationsöverföring
- Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

Åtgärder som vidtagits

- Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, enligt Hälso- och sjukvårdslagen är fastställd av Programnämnd social välfärd, Vårdboendenämnd, Hemvårdsnämnd, Funktionsstödsnämnd.
- Utbildningen ”Chefens ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete” har genomförts.
- Utbildning för chefer och legitimerade om avvikelshantering enligt ny riktlinje och modul i verksamhetssystem för avvikelshantering har genomförts. Arbete med att utveckla och förbättra avvikelprocessen har haft stort fokus under året.
- Ny utbildningsorganisation för internutbildare för hälso- och sjukvårdsdokumentation och förflyttningsinstruktörer har tagits fram för Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionsstöd. Genomförande planeras för 2020.
- Införande av mobil dokumentation för baspersonal har pågått under 2019 och ska driftsättas 2020, egenregin och externa utförare av omvårdnad.
- Demensteam har utvecklat stödet till medarbetare med konsultation, handledning och utbildning i BPSD-registret samt samverkan med regionen för en sammanhållen vårdkedja för personer med demenssjukdom.
- Närsjukvårdsteam Örebro har permanentats för att ge en individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn ska leda till att vården optimeras i hemmet för den enskilde som därmed kan undvika onödig slutenvårdsvistelse. Från 2020 kommer verksamheten att utökas med resurser för att kunna utföra akuta hembesök.
- Antal anmälningar till IVO om allvarlig vårdskada som har gjorts är sex stycken.

Resultat och analys

Öka kunskap om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvar

Ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård är otydlig hos chefer vilket leder till att personal får svårigheter i utförandet av hälso- och sjukvård. Konsekvens blir en bristande helhetssyn, samsyn och samordning av de insatser som den enskilde är i behov av utifrån socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utveckla systematiskt kvalitetsarbete

Arbetet med egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser kräver en annan struktur och organisation på samtliga nivåer för att få genomslag som ett effektivt verktyg för förbättringsarbete för att minska risk för vårdskador. Kunskap, verktyg och stöd i förbättringskunskap behöver utvecklas för att få en ökad patientsäkerhetskultur i Örebro.

Säkerställa journalföring och informationsöverföring

Brister i legitimerad personals dokumentation har rapporterats under flera år och kvarstår. Verksamheten är medveten om bristerna men riktade insatser har saknats under året. Åtgärder är planerade för 2020.

Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

En grundförutsättning för att erbjuda god och säker hälso- och sjukvård är att säkerställa rätt kompetens hos medarbetare. En förvaltningsövergripande styrgrupp har skapats och översyn pågår av vilka utbildningar som finns och hur internutbildare nyttjas.

Det saknas en övergripande styrning av utbildning inom gemensamma kompetensområden för externa utförare och egenregi exempelvis inom riskanalyser, avvikelshantering och gemensamma verksamhetssystem. Det gör att kunskapsnivån ser olika ut hos de olika utförarna.

Innehåll

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet 2019	3
Mål och strategier.....	3
Åtgärder som vidtagits.....	3
Resultat och analys	3
Inledning	6
STRUKTUR.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
Målområden och strategier 2019	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	14
Informationssäkerhet	16
Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten	17
RESULTAT OCH ANALYS.....	19
Målområden och strategier 2019	19
Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret	19
Utveckla systematiskt kvalitetsarbete	19
Säkerställa journalföring och informationsöverföring	21
Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling.....	23
Egenkontroll	24
Avvikelse	31
Klagomål och synpunkter.....	32
Riskanalys.....	33
Samlad analys av medicinskt ansvarig.....	33
Mål och strategier för 2020	33

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen 2019 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 2020.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Beskrivning av 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 2018 har programnämnden beslutat om fyra målområden för 2019 som verksamheterna i Vård- och omsorgsförvaltningen och förvaltningen för funktionsstöd ska förbättra och utveckla under 2019 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret
- Utveckla systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställa journalföring och informationsöverföring
- Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

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.

Örebro kommun har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunfullmäktige beslutar om vilka nämnder som ska finnas och vad de ska ansvara för.

Programnämnd social välfärd har ansvaret att utöva ledning av hälso- och sjukvård för samtliga av nämnden definierade utförare inom vård och omsorgsområdet.

Programnämnd social välfärd är även ansvariga för att beställa, teckna avtal och finansiera uppdragen för annan utförare av hälso- och sjukvård. Inom Programområde social välfärd ingår Funktionsstödsnämnd (Förvaltningen för funktionsstöd), Hemvårdsnämnd och Vårdboendenämnd (Vård- och omsorgsförvaltningen).

I Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionsstöd finns förvaltningschefer, verksamhetschefer, avdelningschefer och enhetschefer. Alla chefer ansvara för planering och ledning i respektive verksamhet.

Ledningsgrupper finns i tre nivåer:

- Förvaltningschef och verksamhetschefer
- Verksamhetschefer och avdelningschefer
- Avdelningschefer och enhetschefer

Medicinskt ansvariga ingår inte i någon av ledningsgrupperna utan tillhör kommunsstyrelseförvaltningen, Myndighetsavdelningen. Sammanlagt finns fem medicinskt ansvariga, två arbetsterapeuter och tre sjuksköterskor.

Örebro kommun har privata utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) i hemvården, 10st olika utförare och daglig verksamhet 2 utförare. Tre vård och omsorgsboenden och ett gruppboende är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).

Vårdgivare

Örebro kommun är legal vårdgivare och fördelar detta ansvar till nämnd. Vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Vårdgivaren ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ska utse en verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Verksamhetschef enligt HSL

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ha en verksamhetschef utsedd. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är vårdgivaren som ansvarar för att utse verksamhetschef HSL. Det är också vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som den ska ha förutom de uppgifter som är reglerade i föreskrift. Dessa är bland annat att skapa utrymme för lokalt förbättringsarbete och analysera och hantera verksamhetens:

- Risker
- Avvikelse
- Förslag, synpunkter/klagomål

De privata utförarna i hemvården ska ha en hälso- och sjukvårdsansvarig utsedd. Denne ska se till att utföraren lever upp till de krav som vårdgivaren ställer på den hälso- och sjukvård som de utför.

Medicinskt ansvariga

De medicinskt ansvariga ska tillsammans med verksamhetschef för HSL upprätthålla, utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvariga har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt ansvarar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador och gör anmälningar till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att fastställa riktlinjer, övergripande rutiner, följa upp resultat och identifiera prioriterade förbättringsområden i verksamheten.

Medicinskt ansvariga ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att:

- patienten får den hälso-och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering
 - rapportering av händelser
 - att kontakta läkare eller annan hälso-och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Chefer

Chefer ansvarar för att egenkontroller och riskanalyser på avdelning/enhetsnivå genomförs samt utreder, bedömer och analyserar avvikelser. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete. Chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten.

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.

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.

Särskilda funktioner med spetskompetens

Inom vårdgivaren Örebro kommun finns hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens och funktion att samordna och driva utveckling inom olika områden, exempelvis dietist, förflyttningsinstruktörer, handrehabilitering, hjälpmedelskonsulenter, internutbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation, nätverk för läkemedelssamordnare, palliativa vårdsamordnare, hygiensjuksköterska, demensteam och kontinenssamordnare.

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.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur samverkan sker mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län. Samverkan regleras i olika handlingsplaner, överenskommelser, riktlinjer och styrdokument. Dessa finns samlade på ”Samverkansportal för vård, välfärd och folkhälsa i Örebroregionen” (VVF).

Representanter från kommunen deltar i nätverk och samverkansform inom olika områden. Här några exempel:

- Primärvården: regelbundna träffar mellan medicinskt ansvariga och chefsöverläkare och samordnare för primärvården, varje kommunal enhet samverkar med lokal vårdcentral.
- Centrum för hjälpmedel (CFH): samverkan sker i länet mellan representanter för varje länsdel och chef för centrum för hjälpmedel.
- Externa utförare och entreprenader: i fastställda forum.

- Läkemedelsenheten: på USÖ sker genom regelbundna träffar, MAS representant för samtliga kommuner deltar.
- Medicinskt ansvariga i länets kommuner: har regelbundna nätverksträffar.
- Vuxenhabiliteringens arbetsterapeuter: sker 2 gånger per år där ansvaret för kallelsen ligger på medicinskt ansvariga i kommunen. Vuxenhabiliteringens arbetsterapeuter kallas årligen till nätverksträff i Örebro kommun.
- Palliativa rådet: Rådet är en samverkan mellan länets kommuner samt Region Örebro län och består av olika professioner samt representanter från alla länsdelar.
- Kliniskt träningscenter (KTC): Här kan enskilda medarbetare och team inom vård och omsorg träna, utveckla och fördjupa sina kunskaper.
- Kompetensgrupp sår: Regional grupp där medicinskt ansvariga är representerade.
- Samverkansgrupper kommun och Region Örebro län: Äldre och somatik (nu Vårdkedjegrupp), Psykisk ohälsa och missbruk, Palliativa rådet, Kompetensgrupp Sår, med flera.

Styrdokument för hälso- och sjukvård

På Örebro kommuns hemsida www.orebro.se under ”Hälso- och sjukvård – för vårdgivare” finns de styrdokument som ska användas för utförare av hälso- och sjukvård inom Örebro kommun. Där finns bland annat lagar, riktlinjer, rutiner och metodstöd indelade i olika ämnesområden.

Patients och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även en anhörig eller närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten ska delges den enskilde och närstående.

När kontakt tas med annan myndighet, exempelvis med inspektionen för vård och omsorg (IVO) i samband med anmälan om misstanke om eller inträffad vårdskada, ska kontakt alltid tas med den enskilde och om denne önskar informeras även närstående. Återkoppling från annan myndighet ska också delges den enskilde.

Information om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, patientsäkerhetsberättelse, riktlinjer/rutiner samt annan aktuell information finnas på kommunens hemsida. Medicinskt ansvariga ansvarar för att sidan hålls uppdaterad. och hållas uppdaterad.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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. Den som upptäcker händelsen ska också rapportera händelsen i avvikelsemodulen samt dokumentera om händelsen i patientens journal.

Det ska ske i så nära samband med händelsen som möjligt. Där noteras om sjuksköterska, arbetsterapeut eller enhetschef kontaktats om händelsen. Sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef dokumentera sina delar av utredning, bedömning och åtgärder i avvikelsemodulen, och följer upp om åtgärderna har haft effekt. Chefen 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.

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 direkt berör den enskilde kan komma från den enskilde själv, anhörig/närstående eller medarbetare och ska rapporteras och registreras. Processen motsvarar flödet för handläggning av avvikelser.

För mer generella klagomål och synpunkter på vården och omsorgen hänvisas till den övergripande rutin som finns för Örebro kommun för hantering av klagomål och synpunkter. Utifrån rutinen har chefer ansvar för att upprätta en rutin för den egna verksamheten.

Klagomål ska besvaras snarast på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och utifrån den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Verksamheten ska ge en förklaring till vad som har inträffat, och när aktuellt en beskrivning av vilka åtgärder som avses att vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Egenkontroll

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

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll 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 på enhetsnivå och övergripande nivå för en lärande process.

Beslutade områden för egenkontroller som ska utföras av verksamheten 2019 är:

- Avvikelsehantering
- Basal hygien
- Dokumentation
- Palliativ vård
- Vårdprevention

Egenkontroller och följemått som tas fram på en kommunövergripande nivå är:

- Antal aktivitetsbedömningar i verksamhetssystemet FSADis.
- Besiktning av sängar och personlyftar.
- Extern kvalitetsgranskning av hantering och förvaring av läkemedel.
- Loggningskontroller NPÖ (nationell patientöversikt).
- Loggningskontroller från verksamhetssystem för dokumentation, slumpmässiga och på förekommen anledning.
- miniQ – webbaserat analysverktyg vid läkemedelsgenomgångar (Vård och omsorgsboende) läkemedelsindikatorer.

Kvalitetsuppföljningar av Enheten för uppföljning

Enheten för uppföljning granskar de verksamhetsområden inom Social välfärd som är konkurrensutsatta. Socialtjänst och hälso- och sjukvård följs upp hos både externa utförare och utförare i Örebro kommuns regi. Medicinskt ansvariga ansvarar för den del av uppföljningen som gäller den hälso- och sjukvård som bedrivs och/eller utförs i verksamheten.

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. Beskriv även arbetssätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

Målområden och strategier 2019

Programnämnd social välfärd beslutade om följande målområden för verksamheterna att förbättra och utveckla under 2019 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- **Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret:**
 - Fastställa vårdgivare och verksamhetschef för HSL
 - Skapa arbetssätt som utgår från den enskildes hälso- och sjukvårdsprocess
- **Utveckla systematiskt kvalitetsarbete genom:**
 - Egenkontroller
 - Riskanalyser utifrån patientsäkerhet
 - Avvikelseprocessen
 - Kunskap om förbättringsarbete (mäta, analysera, åtgärda, utvärdera)
- **Säkerställa journalföring och informationsöverföring:**
 - Tydliggöra vad som ska journalföras och hur informationsöverföring ska ske
 - Öka kunskap om verksamhetssystem
- **Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling:**
 - Fastställa struktur för kompetensutveckling
 - Skapa struktur och tydliggöra ansvar för internutbildare

Utifrån ovanstående målområden utformar verksamheten handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga.

Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret

Fastställa vårdgivare och verksamhetschef för HSL

Samtliga nämnder tog beslut i maj om att utse förvaltningschef för Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionsstöd till verksamhetschefer för hälso- och sjukvården.

Då ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor generellt har varit otydligt i linjen anordnades en utbildning för chefer om ”Chefens ansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet”.

Skapa arbetssätt som utgår från den enskildes hälso- och sjukvårdsprocess

Strukturförändringsprogrammet är en metod för förbättringsarbete som påbörjades årsskiftet 2018–2019 i hemvården. Strukturförändringen ska leda till en hållbar verksamhet med ekonomi i balans, ökad kvalitet och bättre arbetsmiljö. Målet är att förbättra ordinarie processer men också hitta nya, mer effektiva arbetssätt, till viss del med hjälp av digitala verktyg. Stort fokus ligger på att ta tillvara medarbetarnas och medborgarnas kompetens och erfarenhet genom bland annat ett forskningsprojekt i samarbete med Örebro universitet, där förslag på utveckling av arbetssätt tas fram metodiskt och testas.

Delar av det arbete som påbörjats under 2019 förväntas ge effekt även på patientsäkerhet genom att bland annat skapa en personcentrerad vård, ett rehabiliterande arbetssätt och öka kunskapen i förbättringsarbete.

Utveckla systematiskt kvalitetsarbete

Analys av genomförda egenkontroller, riskanalyser och utredning av avvikelser har gjorts på enhetsnivå och övergripande nivå.

För att få en övergripande bild av patientsäkerhetsarbetet i kommunen redovisar verksamheterna sin analys vid årets slut till medicinskt ansvariga som sammanställer resultat av analys till patientsäkerhetsberättelsen. Analyserna ska belysa vilka förbättringsområden som har identifierats, om verksamheterna har genomfört några förbättringsarbeten och om de har gett någon effekt.

Egenkontroller – information om årets egenkontroller meddelades verksamheten i mars. Områden för egenkontroller var avvikelshantering, basalhygien, dokumentation, palliativ vård och vårdprevention.

Riskanalyser som genomförts utifrån patientsäkerhetsperspektiv efterfrågades för sammanställning på en aggregerad nivå för att få en samlad bild över riskanalyser som gjorts, vilka risker har identifierats och hur dessa hanterats.

Avvikelseprocessen

I oktober 2018 implementerades en ny riktlinje för avvikelshantering samt en ny modul i verksamhetssystemet vilket möjliggör ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt och dokumentation av utredning av avvikelser. Då det innebar en stor förändring i hanteringen av avvikelser har medicinskt ansvariga erbjudit 14 utbildningstillfällen under 2019, för chefer på olika nivåer (egen regi och privata utförare) samt för legitimerad personal. Enhetschef ansvarar för att analysera sina resultat av avvikelseprocessen på enheten.

Förbättringskunskap

Inom hemvården i egenregi pågår strukturförändringsprogrammet där vissa delar handlar om att öka kunskap om förbättringsarbete. Inom Förvaltningen för funktionsstöd har ledningsfunktioner genomfört en förändringsledningsutbildning.

Säkerställa journalföring och informationsöverföring

Det har saknats effektiva och riktade åtgärder för att säkerställa en god kvalitet av journalföring utförd av legitimerad personal, trots tidigare påtalade brister. För att Örebro kommun ska kunna upprätthålla en god kvalitet i hälso- och sjukvårdsdokumentation och höja kompetensen hos legitimerad personal är det nödvändigt att ha en strukturerad kompetensplan och tydlig utbildningsorganisation.

Ny utbildningsorganisation

En förvaltningsövergripande styrgrupp bestående av medicinska ansvarig, avdelningschefer och utvecklingsledare har tagit fram ett förslag på en ny utbildningsorganisation för hälso- och sjukvårdsdokumentation för legitimerade för att åtgärda tidigare brister. Förslaget är beslutat i ledningsgrupper och ska genomföras under 2020.

Dokumentation i fördelade vårdplaner

Samordnare för socialt arbetet (SAS) inom Vård- och omsorgsförvaltningen har lett ett arbete kring kompetenshöjning för baspersonal i dokumentation, där en del är att förbättra dokumentation i fördelade vårdplaner. Flera verksamheter har även jobbat aktivt med språkombud.

Mobil dokumentation

Under året har ett arbete pågått för att införa mobil dokumentation för baspersonal (egenregin och externa utförare av omsorg), där fördelad vårdplan från legitimerad personal blir tillgänglig för den som ska utföra en fördelad hälso- och sjukvårdsuppgift. Personal som utför uppgiften kan då även dokumentera direkt i vårdplanen hos patienten som kan vara delaktig i vad som dokumenteras i journal.

Personalen kommer även att kunna dokumentera en avvikelse via mobil dokumentation. I detta projekt ingår även digital signering och delegering i samma verksamhetssystem. Planeras vara i drift 2020.

Webb-utbildning i dokumentation av vårdplaner

För att öka tillgängligheten till utbildning i dokumentation av vårdplaner i journalsystemet Treserva har en webbaserad utbildning tagits fram under året. Den omfattar hur man skapar en vårdplan, vad den ska innehålla och hur den fördelas till annan personal.

Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

En grundförutsättning för att erbjuda god och säker hälso- och sjukvård är att säkerställa rätt kompetens hos medarbetare. En förvaltningsövergripande styrgrupp har tagit fram förslag på hur internutbildare ska organiseras samt tydliggjort deras uppdrag. Ett fortsatt arbete att se över andra förvaltningsövergripande internutbildare fortgår.

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.

Genomförda riskanalyser – identifierade risker – patientsäkerhet

Risicanalys är en bedömning på organisatorisk nivå (ej individnivå) och ska genomföras inför planerade förändringar i organisationen med syftet att minimera risker genom olika åtgärder. Följande risker har identifierats vid de riskanalyser som har gjorts under 2019:

Förändring i utförandet av insatsen larm – hemvården tar över larmen då larmgruppen avvecklas – Vård- och omsorgsförvaltningen

- Otillräcklig kompetens i hemvården för att bedöma och hantera larm.
- Otillräcklig kompetens i hemvården i reparation av vårdsängar.
- Ökad otrygghet för patienten då pågående insatser kommer kunna avbrytas mitt i då personalen måste åka på larm.
- Fördröjd eller utebliven hälso- och sjukvård då personalen måste åka på larm.
- Försämrad tillgång på arbetstekniska verktyg så som transportmedel och hjälpmedel.

Sommarbemanning inom hälso- och sjukvårdsenheten – Förvaltningen för funktionsstöd

- Fördröjd eller utebliven hälso- och sjukvård på grund av låg bemanning.

Ny kvällsorganisation för sjuksköterskor – Vård- och omsorgsförvaltningen Fördröjd hälso- och sjukvård på grund av längre resvägar.

- Att man tillkallar ambulans då det tar för lång tid tills sjuksköterska kan komma.
- Minskad kontinuitet leder till sämre patientkännedom och i sin tur felaktiga bedömningar och insatser.

Hyrstopp av bemanningssjuksköterskor – Vård- och omsorgsförvaltningen Fördröjd hälso- och sjukvård på grund av låg bemanning

- Felbehandling då informationsöverföring om hälso- och sjukvårdsinsatserna brister på grund av tidsbrist.

Planerade åtgärder utifrån ovanstående riskanalyser:

- Kompetensinventering och kompetenshöjande insatser
- Ta fram handlingsplan och prioriteringsordning vid låg bemanning
- Översyn av arbetstekniska verktyg och samordning av resurserna mellan olika verksamheter
- Översyn och förändring av organisationsstrukturen.
- Rutiner och verktyg för att ge medarbetarna stöd i sina bedömningar.

Eftersom åtgärdsarbetet antingen är på planeringsstadiet eller är pågående finns inga resultat att presentera för ovanstående åtgärder. Fler riskanalyser än de ovan har genomförts inför förändringar i organisationen under året men de saknar ett patientsäkerhetsperspektiv och därmed presenteras de inte här.

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.

Medicinskt ansvariga utreder i dialog med ansvarig chef de händelser som bedöms som allvarliga. Nedan beskrivs några av de ärenden som varit aktuella under året.

Anmälan om allvarlig vårdskada - Lex Maria 2019

Under året har sex stycken allvarlig vårdskador anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förvaltningen för funktionsstöd:

- En person fick sin kateter bytt på felaktigt sätt i hemmet trots att personen inte var inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården. Rutin för vem som får insatser i kommunal hälso- och sjukvård och rutiner för katetersättning har inte följts. Dessutom har informationsöverföring, samverkan och journalföring brustit.

Åtgärdsplan är upprättad som verksamheten arbetar med. Bland annat pågår arbete med att tydliggöra och säkra informationsöverföring, journalföring samt att man utarbetar rutiner för att tydliggörs vilka patienter som har vårdåtagande och hur man hanterar patienter som inte har/ska ha vårdåtagande.

IVO har beslutat att avsluta ärendet då verksamheten har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande händer igen.

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Trycksår av grad 4 uppstår i hemvården och identifieras vid flytt till boende där personen avlider efter en vecka. Trycksåret är ett resultat av de brister som framkommer i utredningen med avsaknad av teamsamverkan, helhetsbedömning, medicinsk bedömning, planering, genomförande och uppföljning av vård och omsorgsinsatser. Inspektionen för vård och omsorg har beslutat att avsluta ärendet då verksamheten har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande händer igen. Åtgärder pågår och ska följas upp och utvärderas våren 2020.
- Felaktig läkemedelsbehandling på grund av bristande följsamhet till rutiner, dokumentation, kommunikation och informationsöverföring orsakar initialt påtaglig försämring hos person som flyttar till nytt boende. Personen avlider några dagar senare. Om felaktig läkemedelsbehandling orsakade dödsfallet går inte att fastställa med tanke på grundsjukdomen men innebär en påtaglig försämring och ett lidande. Inspektionen för vård och omsorg har beslutat att avsluta ärendet då verksamheten har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande händer igen. Åtgärder pågår och ska följas upp och utvärderas våren 2020.
- Person faller i hemmet och får en fraktur, kommer till en korttidsenhet. Är orolig förvirrad, sover inte och har smärta. Behandlas med lugnande och smärtstillande och får även vid behovsläkemedel som tilldelas av delegerad personal som får ge dessa utan kontakt med sjuksköterska. Personen blir kraftigt påverkad och avtrubbad av behandlingen. Medicinskt ansvarigs bedömning är att samordnad bedömning, dokumentation och uppföljning av kvinnans hälsotillstånd av teamet brister och därmed går det inte att säkerställa att den behandling med läkemedel som gavs var adekvat underbyggd och utvärderad. Beslut från IVO har inte kommit ännu. Åtgärder pågår i verksamheten och ska utvärderas våren 2020.
- Person med hemsjukvård avlider på akutmottagningen. Ett succesivt försämrat hälsotillstånd med förvärrad smärta och senare nya symptom som svullna ben/fotrygg, bensår, andfäddhet och ökad orkeslöshet utreds inte i ett sammanhang utan varje symptom hanteras separat. Situationen blir i stället akut med tillkallad ambulans till akutmottagningen där kvinnan avled några timmar senare under svåra förhållanden utan lindring. Sammanfattningsvis visade utredningen brister i vårdens organisation, styrning och ledning och samverkan, brister i utförande av hälso- och sjukvård, brister i journalföring, brister i bedömning. Beslut från IVO har inte kommit ännu. Åtgärder pågår i verksamheten och ska utvärderas våren 2020.

Externa utförare

- En person som bor på ett vård- och omsorgsboende får vid två tillfällen dubbel dos läkemedel mot vad som var ordinerat. Vid båda tillfällena administrerades personen de aktuella läkemedlen tre gånger. Vid första tillfället gällde det blodförtunnande läkemedel vilket innebär ökad risk för blödning. Vid det andra tillfället gällde det läkemedel mot oro vilket medförde ökad trötthet samt svårigheter att äta och svälja. IVO begärde in komplettering i ärendet att verksamheten skulle inkomma med en fördjupad analys av bakomliggande orsaker samt ett förtydligande av de redovisade åtgärderna. Bland annat behövde den lokala rutinen som fanns för läkemedel som

delades i dosett tydliggöras då det i vissa moment endast var en muntlig rutin. Rutinen för uppdatering av läkemedelslista och ordinationshandling måste ses över. Beslut efter att komplettering lämnats in, blev att IVO avslutar ärendet och inte kommer att vidta ytterligare åtgärder. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska följa upp åtgärderna våren 2020.

Anmälan till läkemedelsverket 2019

- Vid besiktning av en lyftmotor belastar man med 200 kg. Viktmotorn brast vid full belastning och for i golvet. Händelsen rapporterade till läkemedelsverket och leverantör för risk för allvarlig skada på person. Utredningen lades ner av läkemedelsverket, då leverantören anser att det inte var något konstruktionsfel på produkten.
- En duschstol på hjul används vid en duschsituation och ett hjul lossnar helt från stolen, vilket leder till att den välter åt sidan med patient sittande i. Patienten klarade sig utan skador. Händelse rapporteras till läkemedelsverket och leverantör för risk för allvarlig skada på person. Utifrån den information medicinskt ansvarig har fått del av i händelsen är den troliga orsaken ett konstruktionsfel. Det finns ingen information som tyder på att man har använt hygienstolen på annat sätt än man ska eller att brukarvikten har över rekommenderad maxgräns. Utredning pågår.

Andra utredningar av medicinskt ansvariga

Förvaltningen för funktionsstöd

- MAS får information av chefsläkare som granskar ett utredningsärende inom slutenvården, USÖ, om misstänkta brister i vården och omsorgen från kommunen vilket leder till att både MAS och SAS påbörjar utredning. Utredningar visar att patienten har blivit omskött av personal på den kommunala enheten med stöd från den kommunala sjuksköterskan och att patientens tillstånd (blodförgiftning) inte vara utlöst av bristande hygien inom den kommunala vården och omsorgen eller bristande skötsel av katetern. Ärende avslutas.

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Internutredning av fallavvikelse med allvarlighetsgrad mycket hög/katastrofal. En person ramlade dagtid i sin lägenhet och fick en fraktur på halskotan. Personen blev inlagd på sjukhus och efter ytterligare ett fall där avled personen. Utredningen visade att händelsen i lägenheten inte orsakades av brister i den kommunala verksamheten och därför inte är att betrakta som en avvikelse utan som en olyckshändelse.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Åtgärder som genomförts kopplat till informationssäkerhet.

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

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 är under införande och beräknas vara klart under första halvåret 2020

NIS-direktiv

Nis-direktivet är en europeisk lag som syftar till att uppnå en gemensam säkerhetsnivå i samhällskritiska nätverk och informationssystem. Myndighet för samhällsskydd (MSB) har utifrån ny lag om informationssäkerhet (2018:1174) för samhällsviktiga och digitala tjänster, tagit fram föreskrifter. Det innebär att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska utan onödigt dröjsmål 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, område Digitala välfärden för rapportering av incidenter som infaller inom ramen för NIS- direktivet.

Inrapporterade incidenter enligt NIS-direktivet 2019

Två incidenter har anmälts till MSB enligt NIS-direktivet. Båda gällde en fördröjning av larmkedjan. Konsekvensen av det har varit viss fördröjning i sms samt problem med taluppkoppling på vissa larm. Inga kända konsekvenser för enskild individ. IVO har skickat en bekräftelse på den ena incidenten och meddelar att ”Information i rapporten kan komma att användas i IVO:s tillsyn. Någon ytterligare återkoppling på er rapport kommer inte ske i detta ärende”.

Loggkontroll

Rutin är framtagen för att tydliggöra vårdgivarens skyldighet att kontrollera verksamhetssystem för verkställighets- och hälso- och sjukvårdsjournal genom att loggkontroll både slumpmässigt och på förekommen anledning. Även Nationell patientöversikt (NPÖ) ska kontrolleras regelbundet. På grund av försenad hantering av ny rutin och missförstånd har loggkontroller inte utförts enligt tidigare praxis.

Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten

Barn och unga

Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg har under hösten 2019 beslutat att ”Överenskommelse om ansvar för hemsjukvårdsinsatser för barn och ungdomar upp till 18år i Örebro län” har upphört vilket innebär att den somatiska hemsjukvården inte omfattar ansvar för barn upp till 18 år med behov av hälso- och sjukvård i hemmet.

I ett framtaget förtydligande framkommer att specialistsjukvården vid barn- och ungdomskliniken har det medicinska ansvaret för svårt sjuka barn och ungdomar upp till 18 år i Örebro län. Från barn- och ungdomskliniken utgår ett mobilt team som en länsresurs för de svårt sjuka barn som vårdas i hemmet. När det är aktuellt med egenvård ska en tydlig plan samt en planering för egenvårdens genomförande upprättas av den som har ansvaret för bedömningen. För att möjliggöra genomförandet av egenvården kan det i vissa fall finnas behov av kommunala insatser som då ska ske i enlighet med gällande lagstiftning och samverkansöverenskommelser.

Det har även pågått arbete med att tydliggöra och säkra utskrivningsprocessen för barn och unga. Länets kommuner har utsett kontaktpersoner inom socialtjänsten som ska vara första kontakten mot slutenvården. Verksamhetssystemet ”Lifecare SP” har anpassats och en bilaga till utskrivningsprocessen är framtagen. Under 2020 planeras utbildning riktad till kommunernas utsedda kontaktpersoner samt till övriga medarbetare inom kommunens socialtjänst som kan bli involverade i barn/unga-ärenden.

I nuläget utförs kommunal hälso- och sjukvårdsinsats via Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) för barn med LSS beslut och insatsen bostad med särskild service. Kommunen har inte sjuksköterskor med specialistutbildning inom område barn och unga. Det

behövs därför ett fortsatt arbete för att tydliggöra kommunens hälso- och sjukvårdsansvar för barn med LSS beslut och insatsen bostad med särskild service.

Demensteam

Hösten 2018 anställdes ett demensteam, en sjuksköterska med specialistutbildning vård av äldre och en arbetsterapeut. För att utveckla vården och omsorgen och säkra vårdkedjan för personer med demensdiagnos ska demensteamet finnas som stöd till verksamheter i Örebro kommun för konsultation, handledning och utbildning i bland annat BPSD registret. De ska utveckla samarbete med andra aktörer för att bygga en sammanhållen vårdkedja för personer med demenssjukdom. Under året har demensteamet genomfört följande:

- Konsultation och handledning till personal i vård och omsorg har i huvudsak gällt vård och omsorgsboende med 49 ärenden. Endast sex ärenden har varit aktuella i hemvården, ett inom Socialpsykiatri och två inom Förvaltningen för funktionsstöd.
- BPSD-utbildningar har genomförts sedan hösten 2018 vid sex tillfällen. För administratörer av registret har nätverksträffar införts och två träffar har hållits under året. På den ena medverkade dietist Stina Engelheart.
- Dokumentation av en BPSD skattning och bemötandeplan har utvecklats med nya sökord och vårdplan i verksamhetssystemet och metodstöd. En handlingsplan för arbetet med BPSD-arbetet för certifierade utbildare finns och efterföljs.
- Stjärnmärkt är en utbildningsmodell från Svenskt Demenscentrum. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. När minst 80 procent av medarbetarna på en arbetsplats genomfört samtliga utbildningssteg blir arbetsplatsen Stjärnmärkt. Demensteamet har utbildats och är nu stjärnmärktinstruktörer. Utbildningsinsatser planeras inför våren för enheter som har som mål att bli Stjärnmärkt.
- Kortare utbildningsinsatser har skett på uppdrag av enheter som önskat fördjupning i vissa områden inom demensvård t.ex. bemötande, kommunikation. Demensteamet har också kontaktats av komvux och YH-utbildningen på Risbergsgata för att hålla utbildningsinsatser. Ett utbildningstillfälle har hållits.
- Demensteamet samverkar i flera olika nätverk som arbetar med personer med demenssjukdom, Geriatriska BPSD-teamet och öppenvårdsteamet, Palliativa samordnare samt medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.
- Demensteamet har regelbundna träffar med Minnesmottagningen Ängen och har sedan juni ett uppdrag att erbjuda en uppföljande kontakt för personer som fått demensdiagnos.

Närsjukvårdsteam Örebro

Sedan årsskiftet 2019/2020 är Närsjukvårdsteam Örebro en permanent verksamhet efter att ha bedrivit i projektform under tre år. Antalet inskrivna patienter är idag 21 personer och under hela 2019 har totalt 45 patienter varit inskrivna i teamet. Närsjukvårdsteamet har tack vare sin kompetens med både läkare och sjuksköterska kunnat utföra insatser som inte kan utföras i ordinarie hemsjukvård och som annars skulle ha utförts inom slutenvården. Målgruppen för närsjukvårdsteamet 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

Effekten av närsjukvårdsteamet har bland annat visat att inläggning på sjukhuset och antalet besök på akutmottagningen minskat.

Utökat uppdrag

Från 2019-12-01 har Närsjukvårdsteam Örebro fått ett utökat uppdrag genom ett projekt där de kommer erbjuda även akuta hembesök till äldre inom Örebro kommun.

Hembesöken kommer att ske av läkare och sjuksköterska gemensamt och möjlighet kommer att finnas att ta vissa prover och analysera dessa i patientens hem. Insatser kan ske oavsett boendeform och utan krav på pågående hemsjukvårdsinsatser.

Förändrat förhållningssätt - rehabiliterande arbetssätt

Ett långsiktigt förändringsarbete för ett rehabiliterande arbetssätt pågår. Det bygger på ett partnerskap där den enskilde och de professionella tillsammans kan genomföra en förändring som bidrar till att individen får leva det liv denna önskar. Rehabiliterande arbetssätt ska ske i mötet med medborgaren och därför behöver mycket av förändringen ske hos medarbetaren, i hur de tänker och ser på sig själv i relation till medborgarna, men också i relation till kollegor och civila samhället, som volontärer och föreningar. En utveckling av arbetssättet görs genom att medarbetare testar idéer och förslag som projekten har tagit fram och följa huvudprinciperna i ett rehabiliterande arbetssätt, att ha medborgarens mål i fokus. Det här kan leda till förändringar på både kort och lång sikt.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Målområden och strategier 2019

- Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret
- Utveckla systematiskt kvalitetsarbete genom
- Säkerställa journalföring och informationsöverföring
- Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

Öka kunskapen om och tydliggöra hälso- och sjukvårdsansvaret

Nämnd har fastställt att det är förvaltningscheferna som är verksamhetschef enligt HSL men det kvarstår otydlighet vad gäller ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen i organisationen. Organisationens är tydligt uppdelad i en verksamhet med ansvar för hälso- och sjukvård och en annan med ansvar för omvårdnad. De olika verksamheterna fokuserar på sina delar vilket skapar brister i helhetssynen för den enskildes vård- och omsorgsprocess som innefattar både hälso- och sjukvård och omvårdnad.

En trolig orsak till denna brist är att ansvaret för patientens vård- och omsorgsprocess inte är tydliggjord på chefsnivå som i sin tur resulterar i en bristfällig samsyn och samarbete.

Utveckla systematiskt kvalitetsarbete

Egenkontroller

Svarsfrekvensen i årets egenkontroller har varit hög. Överlag kan man urskilja att verksamheterna har kommit igång med kvalitetsarbete och att frågorna hanteras i samband med verksamhetsträffar och ledningsgrupp för att komma vidare i arbetet med egenkontroller. Det kvarstår att planera in egenkontroller med regelbundenhet i årshjulet och att systematiskt använda resultat i förbättringsarbete.

Egenkontrollerna behöver utvecklas och eventuellt utökas för att säkra kvalitetsarbetet. Målet är att de ska vara konstruerade så att de blir ett stöd för verksamheterna.

Risikanalyser

Många av verksamheterna uppger att de genomfört en eller flera riskanalyser det senaste året. När riskanalyserna beskrivs mer ingående framkommer brister i genomförandet och dokumentationen som gör att de inte bedöms falla inom ramen för en riskanalys. Många riskanalyser görs fortfarande med fokus på arbetsmiljön och det saknas identifiering av risker för patienten, trots att det är uppenbart att förändringen kommer att påverka även dem. Detta visar på att kunskap om vad en riskanalys är, vad som ingår och hur den ska genomföras fortfarande brister.

Det saknas verktyg, mall och lathund för riskanalyser med fokus på patientsäkerhet, som underlättar och stödjer i att få med perspektivet patientsäkerhet. Det kan vara en bidragande orsak till att de flesta riskanalyser görs ur ett rent arbetsmiljöperspektiv.

Avvikelsehantering

Arbetet med en ny riktlinje och ny modul i verksamhetssystemet har inneburit ett förändrat arbetssätt för arbetsterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer. Chefens ansvar för att utreda avvikelser med hjälp av teamet har tydliggjorts. Övergången till det nya arbetssättet har uppfattats som svårt vilket är en trolig orsak till att verksamheterna ännu inte följer avvikelseprocessen helt. Framför allt saknas identifiering av avvikelseorsak och åtgärder på organisatorisk nivå samt dokumentation om uppföljning av de åtgärder som satts in. Därmed saknas ett lärande i organisationen.

Verksamheten har arbetat med att hantera och avsluta gamla avvikelser som identifierades som en brist i förra årets patientsäkerhetsberättelse. Trots det finns fortfarande många oavslutade avvikelser som behöver hanteras.

Förbättringskunskap

Verksamheterna har svårt att samla ihop fakta och analysera resultat från egenkontroller, riskanalyser, avvikelsehantering och vid behov sätta in riktade förbättringsarbeten. En orsak kan vara att det dels saknas stöd för att underlätta det arbetet, så som ett fungerande digitalt kvalitetsledningssystem och tillräcklig kunskap i förbättringsarbete. Hemvården och Förvaltningen för funktionsstöd har genomfört utbildning för chefer i förbättringsarbete. Det framkommer dock inte att man använt denna kunskap och genomfört förbättringsarbete utifrån sina resultat i egenkontroller, riskanalyser eller avvikelsehantering.

Analys

Verksamheterna har en ökad medvetenhet om vikten av att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet. De resultat och analyser som genomförts rapporteras vidare till ledningsgrupper.

Egenregi och externa utförare av omsorg får inte det stöd de behöver i de kvalitetsledningssystem som finns idag, varken för egenkontroller, riskanalyser eller avvikelsehantering samt att det saknas utsedda personer med uppdrag att driva utvecklingsarbetet. Flera enheter har förändrat arbetssättet med avvikelsehanteringen och kan vara lärande exempel.

Arbetet med egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser kräver en annan struktur och organisation på samtliga nivåer för att få genomslag som ett effektivt verktyg för förbättringsarbete för att minska risk för vårdskador. Kunskap, verktyg och stöd i förbättringskunskap behöver utvecklas för att få en ökad patientsäkerhetskultur i Örebro.

Säkerställa journalföring och informationsöverföring

Fördelade vårdplaner

Majoriteten av alla hälso- och sjukvårdsuppgifter (HSL-uppgift) utförs av baspersonal efter att uppgiften har fördelats till dem av legitimerad personal. Det ställer stora krav på tydliga och väl kända rutiner för hur det ska gå till för att säkra vården så att personal med rätt kompetens utför uppgiften på rätt sätt.

Generellt finns det brister i att arbetsterapeuter och sjuksköterskor inte fördelar vårdplaner i den utsträckning som krävs. Det medför en otydlighet om vilken HSL-uppgifter som ska utföras och av vem, hur och när. Det innebär också att personal som ska utföra uppgiften inte kan dokumentera direkt i vårdplanen som de ska göra.

Det saknas en enhetlig struktur för informationsöverföring av fördelade HSL-uppgifter. Idag sker den på flera sätt; via fördelade vårdplaner, via funktionsbrevlådor i journalsystem, genom muntlig rapport, via telefon eller i verksamhetssystemet för digital signering. Det är inte patientsäkert.

De flesta utförarna beskriver att de har rutiner för hur personalen ska få kunskap om vilka HSL-uppgifter som ska utföras, men fortfarande saknas en samsyn i frågan mellan chefer, legitimerade och övriga medarbetare.

Baspersonal har fortfarande generellt bristande kunskap om hur de ska dokumentera i en fördelad vårdplan. Personal har inte dokumenterat uppföljning i de vårdplaner där det efterfrågats. Många tycker också att det har varit svårt att veta vilken vårdplan de ska dokumentera i, på grund av otydlighet i listan med vårdplaner i verksamhetssystemet.

Orsak som identifierades har varit okunskap. Flera enheter svarar att de har haft genomgång och utbildning i hur man ska hitta och dokumentera i en fördelad vårdplan, de har också kunnat påvisa bra resultat och andra ser att brister kvarstår och har åtgärder inplanerade.

Många enheter uppger även att det finns språkliga problem vilket gör att det är svårt för baspersonalen att dokumentera i fördelade vårdplaner. Språkbud har utbildats och de bidrar till kvalitetsutveckling och kommunikation inom de enheter de finns.

En trolig bidragande orsak till att omvårdnadspersonal inte dokumenterar i vårdplaner och att chefer inte arbetar med bristen är att legitimerad personal inte efterfrågar skriftlig uppföljning i vårdplan.

Ett gott exempel på förbättrad effekt av insatta åtgärder som beskrivs (dokumentationen har blivit bättre i fördelade vårdplanerna), är de insatser som man har gjort inom vård och omsorgboendena i Vård- och omsorgsförvaltningen. De har jobbat strukturerat och aktivt med att höja kvalitén och kompetensen kring dokumentation på enheterna, genom att legitimerad personal tillsammans med VISA handledare har instruerat baspersonal hur man skriver i vårdplaner.

Analys

En trolig bidragande orsak till att struktur och informationsöverföring brister avseende fördelade HSL-uppgifter är kommunikation på chefsnivå i frågor kring ansvar och samarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det i sin tur leder till olikheter och otydlighet i det dagliga arbetet i vården, mellan olika enheter, mellan olika arbetspass och mellan olika professioner. Införandet av mobil dokumentation kommer att förbättra vissa delar i processen.

Om vård och omsorg fortsätter att arbeta med sitt strukturerade arbetssätt att säkerställa dokumentationen i fördelade vårdplaner kommer dokumentationen förbättras på sikt. Förvaltningen för funktionsstöd har uppmärksammat behovet av utbildning i fördelade vårdplaner och kan ta lärdom av denna metod för att systematisk förbättra kunskapen och därmed dokumentationen i fördelade vårdplaner. Även externa utförare av omvårdnad behöver förbättra kunskapen i dokumentation i fördelade vårdplaner. I dagsläget är det inte tydligt vem som ansvarar för detta, vårdgivaren eller utföraren själv.

Kollegial journalgranskning

Även i år hade den kollegiala journalgranskning ett fokus på innehållet i vårdplaner. Målet är att all legitimerad personal ska delta vid en kollegial granskning i lärande syfte. All legitimerad personal har inte deltagit. Granskningen visar att det finns brister i de flesta verksamheter.

Uppföljningen av vårdplaner tas upp som en återkommande brist. Både för att legitimerad personal inte följt upp men också för att det inte varit tydligt vad och när baspersonal ska dokumentera i vårdplanen (uppföljning). Uppföljningen är viktig för att säkerställa att den behandling man satt in har förväntad effekt och för att kunna anpassa eller avbryta den behandling som inte fungerar som tänkt. Det finns även brister i kommunikationen kring informationsöverföringen när legitimerad personal har fördelat eller justerat en vårdplan.

De tre privata boendena har annat journalsystem och redovisar att de aktivt jobbar med journalgranskningar varje månad för att förbättra dokumentationen men utgår ifrån samma frågeställningar som övriga.

Vård och omsorgsboendena har överlag haft mer fokus på HSL dokumentation och jobbat aktivt utifrån 2018 egenkontroller för att förbättra dokumentationen.

Ett gott exempel som redovisats är dagverksamheterna inom vård och omsorg som ständigt jobbar med utvecklingsarbete. Man har tillsatt en dokumentationsgrupp, reviderat rutiner och utvecklat samverkan med hemsjukvården. Genom ett systematiskt kvalitetsarbete tillsammans med chefer görs uppföljningar av förbättringsarbeten vid verksamhetsträffar, delår, helår, egenkontroller samt också genom en utvecklad samverkan med MAS/MAR.

Utbildning i dokumentation för legitimerade

Hälften av verksamheterna har svarat i sina analyser att legitimerad personal inte har genomfört de utbildningar i verksamhetssystem som erbjuds. Kunskapsbrist i journalföring och om verksamhetssystemet hos legitimerad personal har påtalats tidigare i patientsäkerhetsberättelsen 2016, 2017 och 2018. Legitimerad personal behöver mer kunskap om vad som ska dokumenteras samt hur verksamhetssystemet ska användas på bästa sätt. Mindre än hälften av utbildningsplatser har utnyttjats 2017 (171 av 375), 2018 (190 av 535) och 2019 (116 av 600). Med tanke på den omsättning på legitimerad personal som råder är det en liten andel som går utbildning. Antal personer som har deltagit på utbildningar som erbjuds kan indikera att verksamheten inte tagit dessa brister på allvar.

De mest förekommande åtgärderna inför 2020 som verksamheterna själva beskriver för att förbättra bristerna, har varit att planera in att legitimerad personal ska genomgå utbildning i Treserva steg 2 och 3 under 2020, uppdatera kunskapen om gällande riktlinjer och vilket innehållet ska vara i en journal.

Analys

I den kollegial journalgranskning som genomförts av legitimerad personal ses likvärdiga brister som lyfts tidigare år, men många beskriver en positiv utveckling/trend jämfört med tidigare resultat, till exempel att journalföringen är mer fullständig för nya vårdtagare.

Det är anmärkningsvärt att trots brister i dokumentation utförd av legitimerad personal som rapporterats under flera år, har en stor andel av legitimerad personal inte genomfört de utbildningar i HSL dokumentation som tillhandahålls och att det först nu finns med som en planerad åtgärd för 2020.

Positivt är att några verksamheter själv kan se att de fått en mer systematisk uppföljning och ser vinster i att genomföra journalgranskningar och egenkontroller.

Digital signering

Signering av en utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd är en del av kravet på dokumentation av den hälso- och sjukvård en patient får. Ifylld signeringslista är en journalhandling som visar vilken vård och behandling patienten får, av vem och vid vilken tidpunkt. Hälso- och sjukvårdsuppgifter ska signeras digitalt av samtlig personal i Vård- och omsorgsförvaltningen och av externa utförare av omvårdnad. Inom Förvaltningen för funktionsstöd har digital signering ännu inte påbörjats.

Under en månad signerades totalt 472 072 hälso-och sjukvårdsinsatser, 95 % av insatserna var signerade och av dessa var 84 % signerade i tid.

Insatser är fördelade enligt nedan:

Insats	Antal	Insats	Antal
Läkemedel	356 533	Kateterrelaterade åtgärder	2 736
Övriga HSL-insatser	31 546	Funktionsträningar	5 702
Nutritionsbehandlingar	16 984	Munvårdande insatser	16 040
Nattinsatser	10 045	Sondrelaterade insatser	1 842
Sårvård/trycksårs insatser	9 133	ADL träningar	53
Kompressionsbehandlingar	7 500	Stomivårdande insatser	188
Förebyggande åtgärder	11 313	Summa	472 072

De rapporter som dagligen är tillgängliga för chefer och legitimerad personal ger förutsättningar för uppföljning och kontroll på flera nivåer i realtid vilket är en förutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och för patientsäkerheten. Tack vare rapporterna kan mönster och trender upptäckas, till exempel att alla läkemedel signeras av samma person, att läkemedel ges för tidigt eller för sent, mm.

Analys

Beslut om att avveckla nuvarande system för digital signering kommer att försämra möjligheten till uppföljning och kvalitetsanalyser av delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter vilket medför sämre kvalitet och säkerhet.

Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

För att kunna erbjuda en god och säker vård behövs en tydlig struktur för kompetensförsörjning tas fram i Örebro. Det gäller både interna utbildningar och sådana som kan köpas in externt.

Vård- och omsorgsförvaltningen har en kompetensutvecklingsplan men det saknas en övergripande plan för alla utförare på vilka krav som ställs på kompetensutveckling. Det har medfört att det varit oklart vem som ska gå vilka utbildningar samt att det finns

olikheter i kompetens. Det är också otydligt vem som har ansvaret att utbilda externa utförare i de verksamhetssystem som tillhandahålls av vårdgivaren.

Det finns flera olika internutbildare idag och det finns ingen samsyn på hur uppdrag för utbildare ska tas fram, vem som ska följa upp resultat av deras utbildningar, erbjuda internutbildare fortbildning och vid behov anställa nya internutbildare. Det har gjorts att förutsättningarna för att kunna erbjuda utbildningar av bra kvalitet sett olika ut.

Analys

Det saknas en övergripande styrning av utbildning inom gemensamma kompetensområden för externa utförare och egenregin exempelvis inom riskanalyser, avvikelshantering och gemensamma verksamhetssystem. Det gör att kunskapsnivån ser olika ut hos de olika utförarna.

Egenkontroll

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

Aktivitets och funktionsbedömningar av arbetsterapeut

Mål under 2019 har varit att:

- Öka frekvensen av dokumenterade ADL-bedömningar enligt ADL-taxonomi
- Registrera genomförda ADL-bedömningar i verksamhetssystemet FSAdis.
- Använda instrumentet COPM för att hjälpa patienten att hitta sina egna mål.

Antalet dokumenterade ADL bedömningar eller patientens måluppfyllelse går inte att mäta idag på. Det utförs bedömningar av arbetsterapeuter dagligen, men det går inte att utläsa tillförlitliga resultat. Arbetet med att systematiskt använda COPM som ett instrument för att hjälpa patienten att hitta sina egna mål behöver bli mer standardiserat. Det har inte förekommit några riktade åtgärder för att kunna mäta detta eller kunna ta fram resultat på aggregerad nivå vilket behöver utvecklas.

Analys

Brister som identifierats i journaler av medicinskt ansvariga är att det inte framgår tydligt vilken aktivitetsförmåga patienten har vid ett påbörjat vårdtillfälle, vilket gör att det är svårt att följa hela hälso- och sjukvårdprocessen i dokumentationen samt att mäta om insatsen haft någon effekt för patienten.

I linje med ”Rehabiliterande arbetssätt i Örebro” behöver arbetsterapeuter utveckla arbetet kring hur patienten ska sätta sina egna mål samt värdera/ skatta utförande och tillfredsställelse i aktivitet. Det bör göras genom att använda bedömningsinstrumentet COPM. (COPM är ett stöd för att uppnå ett patientcentrerat aktivitetsbaserat arbetssätt) och ADL taxonomi.

Basal hygien

Kunskap om hygieniskt arbetssätt och att all personal följer basala hygienriktlinjer är en förutsättning för att bedriva patientsäkert arbete och förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Målsättningen inom området hygien är som tidigare år följsamhet till hygienriktlinje, att arbetskläder ska användas på alla enheter enligt SOSFS 2015:10 och AFS 2018:4 samt att alla enheter ska genomföra hygienrund.

Enhetschefer har i egenkontroll följt upp följande:

- Riktlinjer för basal hygien – har all personal skrivit under ansvarsförbindelsen

- Lätt att göra rätt” – har samtlig personal genomfört självskattningen
- Hygienrond – har det genomförts
- Hur många avvikelser har registrerats som vårdrelaterad infektion.

Riktlinjer för basal hygien

De flesta enhetschefer anger att all personal har skrivit under ansvarsförbindelsen i Riktlinje för basal hygien. Flera verksamheter beskriver att man regelbundet i samband med arbetsplatsträff har gått igenom riktlinjen för basal hygien.

Lätt att göra rätt

Metoden ”Lätt att göra rätt” är en självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer. De flesta anger att all personal har deltagit i självskattningen. Flera enheter beskriver att självskattningen utförs i samband med arbetsplatsträff.

Hygienrond

En gång per år ska enhetschef tillsammans med hygienombud, sjuksköterska och arbetsterapeut utföra hygienrond. Möjlighet finns att kontakta hygiensjuksköterska för hjälp och stöd. Hälften av enheterna anger att hygienrond är utförd. De flesta verksamheter anger att de har upprättat handlingsplan för identifierade brister.

Avvikelse vårdrelaterad infektion

Tre enheterna anger att de rapporterat mellan 1–5 avvikelser kopplat till vårdrelaterade infektioner. I avvikelsemodulen finns sex registrerade avvikelser.

Övergripande resultat

Personalen brister i följsamhet till basal hygien. De vanligaste bristerna är att personal inte använder skyddsutrustning som plastförkläde och handskar på rätt sätt. Personal är osäkra på hur och när användandet av handskar ska ske. Klockor och smycken används och handdesinfektion utförs inte alltid korrekt. Det framkommer även brister i användandet av arbetskläder.

- Inom Vård- och omsorgsförvaltningen har all personal tillgång till arbetskläder men en del enheter saknar möjlighet att byta arbetskläder dagligen.
- Inom Förvaltningen för funktionsstöd har inte alla enheter arbetskläder och många enheter saknar tvättmöjlighet. Arbetskläder används inte alltid även när det finns tillgång. Man påbörjade 2018 arbete med att införa arbetskläder och målet är att alla berörda verksamheter våren 2020 ska ha tillgång till arbetskläder.

Flera enheter beskriver att det behövs ett fortsatt arbete med att öka kunskapen inom hygienområdet hos chefer och övriga medarbetare samt att enhetschefer behöver arbeta mer strategiskt med sina resultat från utförd egenkontroll. Flera enheter har bjudit in hygiensjuksköterska som ett led i kompetenshöjningen. Några enheter beskriver att det ska påbörjas ett systematiskt kvalitetsarbete där avdelningschef tillsammans med enhetschefer följer upp egenkontroll och upprättade handlingsplaner samt att man på ledningsnivå ska sprida goda exempel i lärande syfte. Det beskrivs även att uppföljning av förbättringsarbete ska ske i samband med arbetsplatsträff där man diskuterar förändringar och förbättringar i syfte att hitta optimala lösningar till förbättringsåtgärder.

Analys

Den vanligaste smittvägen inom vården är att smitta överförs via personalens händer. Det kvarstår brister i följsamhet till basala hygienriktlinjerna trots genomförda förbättringsåtgärder. Chefer behöver på ett systematiskt sätt fortsätta att jobba med resultaten från egenkontrollen i syfte att säkerställa att all personal har kunskap om hygieniskt arbetssätt samt följer de basala hygienriktlinjerna. Få enheter har genomfört hygienrond så chefer behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrond.

Hygienombudens roll i verksamheten behöver utvecklas. Det har under 2019 förts samtal med hygiensjuksköterskorna samt chefer inom verksamheten om behovet av att se över hygienombudens roll samt att det bör upprättas en uppdragsbeskrivning. Hygiensjuksköterskor har utformat en utbildning som de våren 2020 ska erbjuda de hygienombud som verksamheten utser. Hygienombud kan sedan nyttjats i syfte att sprida kunskap om hygieniskt arbetssätt. Som ett led i kompetenshöjningen kan även hygiensjuksköterska bjudas in.

Palliativ vård

Palliativ vård är hälso- och sjukvård i livets slut i syfte att förebygga och lindra svåra symtom genom tidig upptäckt, noggrann analys, behandling och uppföljning av psykiska, fysiska, sociala och existentiella problem. Vården och omsorgen ska följa nationella styrdokumentet inom palliativ vård.

E-utbildning Palliativ vård

All personal involverad i palliativ vård ska genomföra e-utbildning (elektronisk utbildning) om palliativ vård. E-utbildning GRADE har sedan september 2019 ersatts med Palliation ABC. Chef ansvarar för att säkerställa att personal tar del av utbildningen.

Mindre än hälften av alla enheter som besvarat egenkontrollen anger att all personal har genomfört GRADE, personalomsättning och sjukskrivningar har påverkat resultatet.

Svenska palliativregistret

Alla dödsfall ska registreras i Svenska palliativregistret. I registret anges kvalitetsindikatorer med målvärde som alla verksamheter ska uppnå. Det är totalt 422 dödsfall registrerade, av dessa är 392 väntade dödsfall och 30 oväntade dödsfall. Chefer beskriver att alla enheter inte har registrerat alla dödsfall. Det saknas möjlighet att ta fram uppgifter om hur många dödsfall som har skett för att sedan jämföra med de som är registrerade i registret.

Prioriterade områden för kvalitetsindikatorer var 2019 att använda validerad smärtskattning och genomföra munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat 2019 %	Resultat 2018 %
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	84,2	83,3
Ordination injektion smärtlindring	98	98,2	97,4
Ordination injektion ångstdämpande	98	98,5	96,6
Smärtskattning under sista levnadsvecka	100	74,5	67,2
Dokumenterad munhälsobedömning	90	73,0	66,7
Avliden utan trycksår	90	84,7	88,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	93,1	91,7

Resultat i tabellen från Svenska palliativa registret för perioden 190101–191230

- **Målvärden uppnås** för kvalitetsindikatorer ordination av symtomlindring för smärta och ångest samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket.
- **Förbättring ses** för de prioriterade områdena men man uppnår inte målvärden: användning av validerad smärtskattning – har ökat 7,3% dokumenterad munhälsobedömning – har ökat 6,3 %
- **Försämring ses** i kvalitetsindikator avliden utan trycksår då 4,1 % fler avled med trycksår.
- **Målvärde uppnås inte** för dokumenterat brytpunktsamtal. Detta mål ansvarar läkaren för.

Dokumentation palliativ vårdplan

Patienter som blir inskrivna i allmän palliativ vård ska i verksamhetssystemet ha ett registrerat beslut som benämns ”Palliativ vård.” Det palliativa beslutet är viktigt då det för all personal synliggör inskrivning i palliativ vård. Sjuksköterska ska upprätta och fördela ”Vårdplan palliativ vård” för att säkerställa vården och dokumentationen.

- Flera patienter har inte ett registrerat beslut om palliativ vård
- Nästan alla personer som är inskrivna i palliativ vård har en upprättad vårdplan.

För att tydliggöra och säkerställa dokumentationen i palliativ vård genomförde palliativ vårdssamordnare under 2019 utbildning för sjuksköterskor.

Personalkontinuitet

Personalkontinuitet är en viktig del för att skapa och upprätthålla en trygg vård i livets slutskede. Antal personal som besöker en döende patient ska minimeras för att skapa god kontinuitet i vården.

Palliativ vårdssamordnare satt målvärdet inom hemvården att maximalt 12 antal personal i hemvården besöker en palliativ patient som har två eller fler besök mellan klockan 07.00-22.00, dubbelbemanning borträknad, de två sista veckorna i livets slutskede. Chef ansvarar för att säkerställa målvärdet för varje enskild patient.

- Resultat för externa utförare av omsorg saknas då verksamhetssystemet saknar möjlighet att följa personalkontinuitet för dem.
- Egenregin uppnår inte målvärdet - medelvärdet är 21 personal på två veckor.

Övergripande resultat

Flera enheter beskriver 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 det upplevs ibland svårt att få till på grund av begränsad tid för teamsamverkan.

Alla dödsfall är inte registrerade i Svenska palliativregistret och det har varit svårt att inhämta uppgifter om dödsfall som skett inom kommunen. Arbete är påbörjat med att skapa möjlighet för statistikuttag från verksamhetssystemet Treserva då dödsfall ska registreras som avliden inom kommunen eller avliden inom Regionen.

Palliativa ombudens roll upplevs viktig då de sprider information till övriga medarbetare och samarbete med de palliativa vårdssamordnarna uppfattas ha stor betydelse. Några enheter har personal som genomför specialistutbildning inom palliativ vård vilket är en resurs.

Analys

En nära teamsamverkan och kompetens inom palliativ vård krävs för att säkerställa god kvalitet. Den palliativa vården har fortsatt att utvecklas utifrån Svenska palliativregistrets kvalitetsindikatorer men alla målvärden uppnås inte. Chefer behöver på ett systematiskt sätt jobba med resultat från Svenska palliativregistret, säkerställa teamsamverkan, att all personal har kompetens inom palliativ vård samt att mål för personalkontinuitet uppnås.

Förra året redovisades goda resultat av personalkontinuitet för extern utförare, medelvärdet var då 6 personal/två veckor. I år har man inte i verksamhetssystemet fått fram uppgifter från externa utförare då personalbesöken inte är registrerade på enskilda medarbetare. Egenkontroll för personalkontinuitet behöver utvecklas.

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. Detta eftersom ohälsa inom dessa områden är utbrett bland äldre inom kommunal vård och omsorg.

Utifrån identifierad risk ska bakomliggande orsaker analyseras, åtgärder för att minimera risk planeras, genomförs och följas upp. Det ska göras initialt och minst en gång om året och vid försämring av hälsa. Kvalitetsregistret Senior alert ska användas om stöd i arbetet.

Under året har två nya riktlinjer antagits av programnämnd i ämnet: Riktlinje *Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert* och riktlinje *Trycksår Förebygga – Utredda – 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 med risk för munhälsa
2016	1319	88%	174	502	1249	519
2017	1240	87%	138	438	1151	469
2018	1336	84%	149	476	1317	463
2019	1366	83%	267	477	1380	469

Hemv År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal med risk för munhälsa
2016	253	70%	10	86	90	43
2017	223	77%	17	80	76	25
2018	230	78%	18	74	64	35
2019	228	78%	25	88	110	34

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
2016	12	9	2	3	4	
2017	15	12	3	1	2	
2018	3	2	3	2	0	
2019	1					

Resultat 2019 från Rapport Vårdprevention i Senior alert.

- På vård och omsorgsboende är arbetet stabilt de sista åren och den vårdpreventiva processens alla steg följs i registret, dock utförs riskbedömning för blåsdysfunktion i mycket liten omfattning.
- I hemsjukvården är antal registrerade riskbedömningar fortfarande lågt jämfört med antal personer med hemsjukvård.
- Förvaltningen för funktionsstöd har endast en registrering utförts i kvalitetsregistret.
- Antal personer med trycksår har ökat jämfört med föregående år på vård och omsorgsboende.

Analys

De flesta verksamheter beskriver brister kopplat till den vårdpreventiva processen. Bristerna består i att riskbedömningar enligt senior alert inte görs alls, i väldigt liten omfattning eller att samtliga riskområden inte riskbedöms. Kopplat till detta identifieras behov av kompetenshöjning i munhälsa, blåsdysfunktion och nutritionsutredning.

Det finns dock verksamheter som har en fungerande process vad gäller riskbedömning enligt senior alert och dessa finns övervägande inom vård- och omsorgsboendena. Dessa

enheter beskrivs ha ett strukturerat arbete vad gäller tvärprofessionella möten där riskbedömning planeras och följs upp i samband med övrig genomgång av patienternas hälsotillstånd och rapportera händelser (avvikelser). Ett exempel på förbättringsarbete som genomförts kopplat till riskbedömning för undernäring är måltidsobservationer som lett till ändrad ordning och rutiner vid måltider vilket i sin tur lett till att de boende äter bättre.

Ökning av antal personer som har trycksår kan bero på att egenkontrollen genomförs för första gången enligt ny rutin vilket innehåller uppdatering av registrering av trycksår i registret. Det behöver dock utredas vidare.

Den samlade analysen är att verksamheterna inte fullt ut använder det stöd som kvalitetsregistret ger för att systematiskt, strukturerat och teambaserat arbeta med förebyggande åtgärder mot ohälsa inom områdena fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Risken är att patienter inte får de insatser de har behov av och att de därför drabbas av vårdskador som hade kunnat undvikas.

Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning

Under 2019 har Enheten för uppföljning följt upp:

- 11 omvårdnadsutförare, 8 externa utförare och 3 i Örebro kommuns regi.
- 12 vård- och omsorgsboenden samtliga i Örebro kommuns regi.

Följande brister har identifierats inom hälso- och sjukvården i de uppföljningar som Enheten för uppföljning genomfört under året.

Rapportering av händelser

Externa utförare i hemvården underrapporterar händelser (avvikelser). De externa utförarna beskriver genomgående en svårighet att arbeta bort en rådande kultur där medarbetarna är rädda för att rapportera avvikelser för att det skulle drabba dem eller deras kollegor personligen.

Alla granskade verksamheter inom både hemvården och vård- och omsorgsboende brister i att fullfölja avvikelseprocessen i avvikelsemodulen.

Kvalitetsarbete

Alla verksamheter brister i att göra egenkontroller, riskanalyser och genomföra förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet.

Hygien

Externa utförare brister i hygien då arbetskläderna inte tvättas på arbetsplatsen eller genom cirkulationstvätt utan personal tar med sig smutsiga arbetskläder och tvättar hemma.

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsprocessen är inte fullständigt dokumenterad i journal av legitimerad personal. Det saknas ofta dokumentation av utredning och bedömning vilket gör att det saknas ett underlag för de hälso- och sjukvårdsinsatser som sedan ges. Det saknas även uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Instruktionerna för de hälso- och sjukvårdsinsatser som legitimerad personal fördelar till baspersonal att utföra är ofta otydliga. Det framkommer inte vad som ska göras, hur det ska göras, när det ska göras, vem som får utföra uppgiften.

Det saknas ofta riskbedömningar enligt senior alert av legitimerad personal. Områden

som kräver riskbedömning är fall, undernäring, trycksår, blåsdysfunktion (inkontinens), munhälsa. Det saknas även riskbedömningar för de skydds- och begränsningsåtgärder som ordinerats av legitimerad personal.

Analys

Bristerna som identifierades i förra årets patientsäkerhetsberättelse vad gäller dokumentation av hälso- och sjukvård och avsaknaden av ett strukturerat förbättringsarbete kvarstår vid de uppföljningar som gjorts under året. Bedömningen är att verksamheterna inte arbetat med riktade åtgärder för de brister som identifierats.

Besiktning av sängar och personlyftar – Medicintekniska produkter

Omvårdnadshjälpmedels viktigaste process och arbetsflöde är att tillhandahålla och leverera säkra hjälpmedel som är funktionella utifrån behov och i rätt tid, vilket är en förutsättning för en god och säker vård för den enskilde och för en bra arbetsmiljö för den som vårdar.

För att säkra hanteringen av den mycket stora mängden omvårdnadshjälpmedel finns ett registerhållningssystem för lagerhållning. Registersystemet är en förutsättning för att kunna leva upp till de krav som ställs när det gäller spårbarhet av alla hjälpmedel samt att de underhålls regelbundet efter tillverkarens rekommendationer.

Föreskrivning av medicintekniska produkter görs av legitimerad personal.

De egenkontroller som genomförs när det gäller medicintekniska produkter är:

- Personlyftar ska besiktigas en gång per år.
Det finns 1033 stycken registrerade personlyftar i Örebro. Varav 873 stycken har besiktats.
- Vårdsängar ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år.
Kommunen har 2386 stycken vårdsängar. Under året har endast de sängar som levererats ut från Enheten för omvårdnadshjälpmedel besiktigats, ca 450 stycken. De servas och besiktas ej på grund av resursbrist. Endast åtgärd när fel uppstår.
- Duschbriter ska kontrolleras varje år enligt anvisning.
Antal duschbriter: 97 stycken. Besiktas ej på grund av personalbrist. Åtgärder 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 minskat jämfört med tidigare år. Orsak som anges till detta är resursbrist. För att kunna erbjuda en god och säker vård finns behov av att se över bemanning och att utveckla verksamheten för att möta upp de krav som finns på besiktningar och kontroller av medicintekniska produkter.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar (LMG).

LMG är reglerat i föreskrift och i samverkan med kommunerna i länet och regionen och ska göras initialt och därefter årligen för alla som har hjälp med sin läkemedelshantering inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Rutin om hur LMG ska journalföras följs inte och därmed saknas utdata för att följa om detta krav följs.

- Det är inte 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. Femton enheter (boende och hemvård med akutbuffertförråd) och fyra enheter i Förvaltningen för funktionsstöd granskas årligen. Granskningen visar som förra året att det överlag är god ordning med några undantag:

- Kontrollräkning av personägda narkotikaklassade läkemedel görs inte alltid.
- Ordinationshandlingar hanteras inte alltid enligt rutin.
- Rutiner för återlämnande av narkotikapläster finns inte på alla enheter.

Analys

Följsamhet till rutiner om läkemedelshantering, läkemedelsförvaring och läkemedelsgenomgångar brister.

Avvikelser

En samlad analys av avvikelser samt beskrivning av några viktiga lärdomar som har spridits.

Ingen avvikelse

En nyhet i avvikelseprocessen är möjligheten att välja *Ingen avvikelse* vid bedömning när utredning visar att orsak till händelsen inte är brist i den egna eller annan verksamhet.

Ett exempel är vid utredning av en fallhändelse. Om förebyggande åtgärder är vidtagna och riskfaktorer undanröjda så långt det är möjligt och vården inte genom försummelse eller felaktigt utförande på annat sätt förorsakat en fallhändelse betraktas händelsen som en ”olycka” och är inte en avvikelse. Inom vården finns en nollvision för fall vilket inte är möjligt inom kommunal hälso- och sjukvård. Samtliga fallhändelser ska däremot alltid rapporteras och utredas som en avvikelse tills motsatsen är ”bevisad”.

- 995 rapporterade händelserna är bedömda som ingen avvikelse
- 805 är inom område fall

Sammanställning avvikelser från verksamhetssystem Treserva

Resultat nedan avser avvikelser/klagomål som faller inom ramen för hälso- och sjukvård och är rapporterade i verksamhetssystemet Treserva, externa boenden ingår inte.

Fokus under året har varit att tydliggöra processen för avvikelse- och klagomålshantering – *rapportera, utreda, bedöma (analysera), åtgärda, följa upp och avsluta* då syftet är att förbättra verksamheten utifrån identifierade brister.

- Av totalt ca 8 000 rapporterade avvikelser är endast 2 200 hanterade i alla steg i processen.
- Avvikelseorsak och åtgärd saknas för nästan hälften av alla avvikelser.
- Mest förekommande avvikelserna är fall (3 797) och läkemedel (2 906).
- Minst förekommande avvikelserna är vårdrelaterade infektioner (3), munhälsa (6), bristande säkerhet (15), trycksår (22), journalföring (26).

Resultatet tyder på att underrapportering förekommer inom flera områden. Det finns en kultur att rapportera vissa områden mer än andra, frågan är varför. Det behöver utredas eftersom risken finns att allvarliga händelser eller risk för händelser inte uppmärksammas.

Trycksår

Alla trycksår av grad 2 till 4 ska rapporteras som en avvikelse. Enligt resultat i kvalitetsregistret Senior alert har 182 personer på vård och omsorgsboenden och 25 personer i hemsjukvården registrerade trycksår. Av dessa personer som tillsammans har

302 trycksår var 37 kategori 3 och 22 kategori 4. Endast 22 registrerade avvikelser finns rapporterade som en avvikelse.

Analys

Processen för avvikelse- och klagomålshantering fullföljs och dokumenteras inte enligt gällande krav. Effektiv och verksam avvikelsehantering kräver nya arbetssätt mot tidigare.

Flera enheter på vård och omsorgsboenden, som rent organisatoriskt har enklare förutsättningar, har utvecklat arbetet med avvikelsehantering. Både hemvården och förvaltningen för funktionsstöd har fortsatt svårigheter att få en verksam integrerad process i vardagsarbetet med att skapa en bra struktur av hantering och uppföljning av avvikelser och för hur man återkopplar och involverar baspersonalen.

En utmaning för förvaltningen för funktionsstöd har varit att man har behövt omvärdera vad som är en avvikelse då man innan nya riktlinjen även rapporterade avvikelser för situationer när den enskilde avböjde en insats. Det ska dokumenteras i journalen och rapporteras till den som fördelat insatsen. Detta upplevs fortfarande vara problematiskt.

Externa utförare av omsorg har arbetat med att skapa en medvetenhet, kunskap och förståelse för att avvikelser ska rapporteras och att det är en del av ett kvalitetsarbete där syftet är att hitta förbättringsområden i verksamheten. De rapporterar fler avvikelser detta år jämfört med föregående år.

Förflyttningen att härleda orsak från individnivå till organisationsnivå är fortfarande svårt för många att förstå. Första delen i processen är att utreda vad som hände den enskilde som råkat ut för en händelse och snabbt se till att omhändertagande sker liksom att minska identifierade riskfaktorer på individnivå. Men att sedan förflytta sig till organisationsnivå och fundera på vad som låg bakom att det inträffade hände är svårare.

För att lära och utveckla förmåga att analysera bakomliggande orsaker på organisationsnivå krävs kunskap och träning. För det saknas stöd och struktur.

Sammantaget innebär detta att vårdgivaren inte till fullo uppfyller sin skyldighet att rapportera, utreda och dokumentera risk för eller redan inträffade händelser som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada.

Klagomål och synpunkter

En 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, avvikelsehanteringen 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 12 603 rapporterade avvikelser i avvikelssystemet är 262 registrerade som klagomål. I kommunens diarium saknas struktur för möjlig att sammanställa övriga inkomna klagomål och synpunkter som berör programnämndens område vård och stöd.

Risicanalys

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

Under året har inte några riktade insatser vidtagits för att tydliggöra eller stödja verksamheten i att göra riskanalyser kopplat till patientsäkerhet.

Antalet riskanalyser där patientsäkerhetsaspekten tagits med har ökat i antal från föregående år. Generellt saknas fortfarande risker kopplat till patientsäkerhet då fokus ligger på arbetsmiljö. Det finns behov av att utveckla arbetsätt för att integrera riskanalyser för arbetsmiljö med riskanalys för patientsäkerhet då de är starkt kopplade till varandra.

Samlad analys av medicinskt ansvarig

Verksamheten har en ökad medvetenhet om vad systematisk patientsäkerhet är. Medicinskt ansvariga och ledning har en större samsyn om att systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas.

Det saknas struktur för systematiskt förbättringsarbete utifrån identifierade brister i analys av egenkontroller, riskanalyser och utredning avvikelser. Metod och verktyg för egenkontroller, riskanalyser och utredning avvikelser behöver utvecklas och integreras i det dagliga arbetet. Ett fungerande kvalitets- och ledningssystem saknas som stödjer det. Kunskap från förbättringsarbete behöver spridas för att skapa en lärande organisation.

Kunskap och ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen är inte säkerställt. Det är otydligt vem som har helhetsansvar för den enskilde då ansvar delas upp utifrån lagrum och inte utifrån den enskildes behov. Ansvaret blir då otydligt bland chefer vilket även skapar otydlighet hos medarbetare.

Förutsättningar för en likvärdig kompetensutveckling skiljer sig åt mellan olika förvaltningar och externa utförare, vilket skapar svårigheter att säkerställa rätt kompetens. Vårdgivaren har inte tydliggjort vilken kompetensutveckling utföraren ansvarar för och vad vårdgivaren ansvarar för.

Patientsäkerhetskultur är en viktig del i arbetet för att förhindra vårdskador. Arbetet med säkerhetskultur behöver prioriteras av högsta ledningen och vara långsiktigt och uthålligt. Som SKR uttrycker det ”Patientsäkerhetskultur uttrycker organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera så att säkerheten främjas”. En strategi för det arbetet behöver tas fram.

Mål och strategier för 2020

Kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet utifrån analys av redovisade resultat.

- **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 dialog med medicinskt ansvariga utforma handlingsplaner med aktiviteter för fortsatt arbete.