

# Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2024



Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelse 2024 sammanfattar vårdgivaren Örebro kommuns arbete med patientsäkerhet under året och är sammanställd av medicinskt ansvariga. Patientsäkerhetsberättelsen presenteras under tre huvudrubriker:

- Grundläggande förutsättningar för säker vård
- Agera för säker vård
- Mål, strategier och utmaningar för kommande år

De underrubriker och områden som beskrivs under respektive huvudrubrik utgår från modellen nedan. Kursiv text under rubriker är ett stöd för läsaren som förtydligar vad stycket handlar om och med hänvisning till aktuella lagar och föreskrifter för området.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

# Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Innehåll</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>6</b>
Mål för 2024 .....	6
Åtgärder och resultat utifrån målen.....	6
Mål för 2025 .....	7
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>8</b>
<b>Engagerad ledning och tydlig styrning</b> .....	<b>8</b>
Övergripande mål och strategier för 2024 .....	8
Organisation och ansvar .....	8
<b>En god säkerhetskultur</b> .....	<b>15</b>
Ledning och styrning av hälso- och sjukvården .....	15
Samverkan.....	16
Lärgrupper .....	17
Lokala kvalitetsforum.....	17
Hälso- och sjukvårdsforum .....	17
Handlingsplan för ökad patientsäkerhet .....	18
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b> .....	<b>18</b>
Kunskap om patientsäkerhets och kvalitetsarbete .....	18
Kliniskt träningscenter (KTC).....	18
Sårsköterskor .....	19
Specialistundersköterskor.....	19
<b>Patienten som medskapare</b> .....	<b>19</b>
Samordnad individuell planering (SIP) .....	20
Hälsofrämjande insatser.....	20
Öka patientmedverkan .....	20
Utredning av vårdskada .....	20
Brukarråd/Anhörigråd .....	21
Individuell vård- och omsorgsplanering (IVOP) .....	21
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>22</b>
<b>Egenkontroller</b> .....	<b>22</b>
Basal hygien .....	23
Vårdrelaterade infektioner .....	25
Dokumentation .....	25
Läkemedelshantering .....	28
Omvårdnadshjälpmedel .....	31
Demensvård med stöd av BPSD-registret.....	32
Palliativ vård .....	35
Riskbedömning och förebyggande vård.....	36
Mat, måltider och nutrition .....	38
Vårdbegäran i Lifecare SP .....	39
<b>PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN</b> .....	<b>40</b>
<b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b> .....	<b>40</b>

Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria .....	40
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer .....</b>	<b>41</b>
Styrdokument .....	41
Processen för överlåten hälso- och sjukvård .....	41
Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet .....	42
Extern samverkan .....	42
Medicinsktekniska produkter .....	42
<b>Säker vård här och nu .....</b>	<b>43</b>
Egenkontroller .....	44
Riskanalyser .....	44
<b>Stärka analys, lärande och utveckling .....</b>	<b>45</b>
Övergripande kvalitetsforum .....	45
Avvikelser .....	46
Klagomål och synpunkter .....	48
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap .....</b>	<b>49</b>
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>51</b>
<b>Mål för 2025 .....</b>	<b>51</b>
Område Vård och omsorg .....	51
Område Funktionsstöd .....	52
<b>Bilagor .....</b>	<b>53</b>

# SAMMANFATTNING

*Kort sammanfattning av årets åtgärder utifrån patientsäkerhetsmålen och en blick framåt.*

## Mål för 2024

- **Ta fram handlingsplan utifrån resultatet av genomförd nulägesanalys av patientsäkerheten som genomförts med stöd av analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.**
  - Fastställa handlingsplan med aktiviteter utifrån prioriterade områden.
  - Genomföra aktiviteter i handlingsplanen på verksamhets- och enhetsnivå.
- **Skapa förutsättningar för en patientsäker process för överläten hälso- och sjukvård.**
  - Organisatoriska förutsättningar för teamsamverkan i det dagliga arbetet.
  - Struktur och arbetssätt som möjliggör att rätt kompetens utför överläten hälso- och sjukvård enligt ordination.
- **Förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten.**
  - Förbättra vårdgivarens struktur och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet.
  - Stärka kunskap om analys, lärande och utveckling av patientsäkerheten.
  - Skapa förutsättningar för ett lärande utifrån inträffade avvikelser som inneburit vårdskada/risk för vårdskada.

## Åtgärder och resultat utifrån målen

### Långsiktig handlingsplan för patientsäkerhet

Under 2024 har långsiktig handlingsplan för ökad patientsäkerhet tagits fram, en för område Vård och omsorg och en för område Funktionsstöd. Funktionsstöds handlingsplan hann inte fastställas innan årets slut men är planerad att bli det i början av 2025.

Vård och omsorgs handlingsplan presenterades på Vård- och omsorgsnämnden och fastställdes av områdeschef och verksamhetschefer i maj 2024. Vissa av de planerade aktiviteterna har påbörjats under 2024 medan andra inte kommit i gång. Majoriteten av verksamhetscheferna har planerat in arbetsmöten med sina enhetschefer under januari 2025 för att gemensamt planera för de aktiviteter som de ansvarar för. De aktiviteter som genomförts och de resultat som uppnåtts under 2024 presenteras i patientsäkerhetsberättelsen under rubrikerna för de fyra grundläggande förutsättningarna för ökad patientsäkerhet samt de fem prioriterade fokusområdena.

### Skapa förutsättningar för en patientsäker process för överläten hälso- och sjukvård.

Endast ett fåtal åtgärder har genomförts för att skapa bättre förutsättningar för en patientsäker process för överläten hälso- och sjukvård. Både område Funktionsstöd och område Vård och omsorg har arbetat med att förbättra följsamheten till rutinerna för teamträffar. Båda områden rapporterar dock om låg följsamhet och därmed ingen positiv påverkan på processen för överläten hälso- och sjukvård mer än på enstaka enheter.

På särskilt boende för äldre har de under året arbetat med lokala kvalitetsforum där enhetschef för baspersonal och enhetschef för legitimerad personal samverkar kring gemensamma frågor. Det lokala kvalitetsforumet har skapat bättre förutsättningar för att utvärdera och utveckla processen för överläten hälso och sjukvård.

### Förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten.

Verksamheterna inom både område Funktionsstöd och område Vård och omsorg beskriver ett behov av att förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten ute i verksamheterna,

men uttrycker svårigheter med att genomföra konkreta åtgärder. En av anledningarna som anges är avsaknaden av systemstöd.

På särskilt boende för äldre har de under året arbetat med lokala kvalitetsforum där enhetschef för baspersonal och enhetschef för legitimerad personal samverkar kring gemensamma frågor. Det lokala kvalitetsforumet har skapat bättre förutsättningar för den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten.

Ökat samarbete i det övergripande Kvalitetsforumet inom Vård och omsorg har lett till förbättrad struktur och arbetssätt för patient- och kvalitetsarbete när det gäller egenkontroller. Under 2024 har Kvalitetsforumet kartlagt de egenkontroller som finns i syfte att se över hur de kan utvecklas och utformas för att på ett bättre sätt leda till ett lärande i verksamheterna. Några egenkontroller har utifrån detta gjorts om och arbetet kommer att fortsätta under 2025.

Struktur och arbetssätt för utredning av allvarlig vårdskada samt fastställande och uppföljning av åtgärdsplan har förtydligats på områdesledningsnivå inom Vård och omsorg. Ny struktur och arbetssätt har skapat bättre förutsättningar för ett lärande och en systematisk uppföljning av patientsäkerheten.

## Mål för 2025

### Område Vård och omsorg

- **Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete**
  - Öka patientmedverkan
- **Öka kunskapen om inträffade vårdskador**
  - Mätning och sammanställning av information om vårdskador internt och externt.
- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
  - I vård och behandling
  - I samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården.
  - Medicintekniska produkter
- **Säker vård här och nu**
  - Dagligt patientsäkerhetsarbete
  - Säker bemanning
- **Stärka analys, lärande och utveckling**
  - Spridning av kunskap och lärdomar

### Område Funktionsstöd

- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
  - I vård och behandling
  - I samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården
  - Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador
  - Verktyg, metoder och arbetssätt för patientsäkert arbete
  - Ändamålsenliga vårdmiljöer

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

*Beskrivning av mål och strategier samt organisation och struktur för vårdgivarens arbete med att minska antalet vårdskador.*

För att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård identifierats;

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

*En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.*



## Övergripande mål och strategier för 2024

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

*Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.*

Målen för 2024 års patientsäkerhetsarbete har åter haft fokus på att utarbeta en långsiktig och hållbar handlingsplan för patientsäkerhet och att skapa en patientsäkerhetskultur.

- **Ta fram handlingsplan utifrån resultatet av genomförd nulägesanalys av patientsäkerheten som genomförts med stöd av analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.**
  - Fastställa handlingsplan med aktiviteter utifrån prioriterade områden.
  - Genomföra aktiviteter i handlingsplanen på verksamhets- och enhetsnivå.
- **Skapa förutsättningar för en patientsäker process för överlåtten hälso- och sjukvård.**
  - Organisatoriska förutsättningar för teamsamverkan i det dagliga arbetet.
  - Struktur och arbetssätt som möjliggör att rätt kompetens utför överlåtten hälso- och sjukvård enligt ordination.
- **Förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten.**
  - Förbättra vårdgivarens struktur och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet.
  - Stärka kunskap om analys, lärande och utveckling av patientsäkerheten.
  - Skapa förutsättningar för ett lärande utifrån inträffade avvikelser som lett till vårdskada/risk för vårdskada.

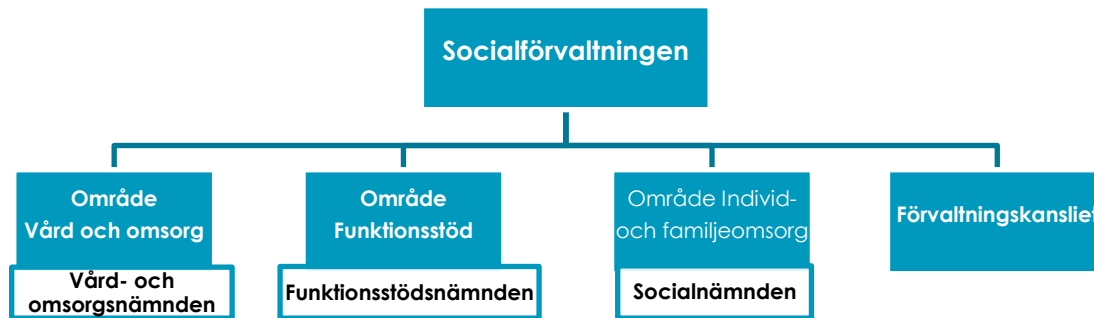
## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

*Roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.*

## Socialförvaltningen

Socialförvaltningen har tre områdesinriktningar; Vård och omsorg, Funktionsstöd och Individ och familjeomsorg. Förvaltningskansliet organiserar funktioner som ger stöd till hela förvaltningen.



Område Vård och omsorg tillsammans med Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och bedriver hälso- och sjukvård. All legitimerad personal (arbetsterapeut och sjuksköterska) är organiserad inom område Vård och omsorg. Område Funktionsstöd utför överlåtten hälso- och sjukvård. Område Individ och familjeomsorg tillhör förvaltningen men varken bedriver eller utför kommunal hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av patientsäkerhetsberättelsen.

### En vårdgivares ansvar omfattar bland annat 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 uppnå en hög kvalitet
- det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler
- utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.

Vård och omsorg bedriver hälso- och sjukvård för vuxna personer som av olika anledningar inte kan få sitt vårdbehov tillgodosett av vårdcentral och annan öppenvård. Åldersgränsen gäller dock inte för barn med behov av rehabilitering på primärvårdsnivå samt barn med beslut om insatsen ”bostad med särskild service”.

### Överlåtten hälso- och sjukvård

Överlåtten hälso- och sjukvård är ett samlingsbegrepp för delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av annan personal efter att legitimerad personal bedömt att det är förenligt med god och säker vård. När personal utför överlåtten hälso- och sjukvård räknas de som hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att följa lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Överlåtten hälso- och sjukvård utförs inom Vård och omsorg, Funktionsstöd samt av privata utförare. Alla verksamheter som utför överlåtten hälso- och sjukvård ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god och säker vård.

### Privata utförare

Delar av socialtjänsten är konkurrensutsatt och ansvaret för privata utförare, som arbetar på uppdrag av vårdgivaren Örebro kommun, ligger på respektive nämnd. Örebro kommun som vårdgivare omfattar ett antal privata utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) och lag om offentlig upphandling (LOU). Dessa utför överlåtten hälso- och sjukvård på uppdrag av Örebro kommuns legitimerade personal. Under året har det inom LOV funnits 11 privata omvårdnadsutförare (2 av dessa avslutades i december) och 5 privata utförare av daglig verksamhet. Inom LOU har det funnits 1 privat utförare av bostad med särskild service.

## Hälso- och sjukvårdsansvaret i verksamheten

### Verksamhetschef enligt HSL

Alla verksamheter som är vårdgivare ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen ha en verksamhetschef utsedd för den hälso- och sjukvård som bedrivs. I Örebro kommun är det områdeschefen för Vård och omsorg som har det uppdraget.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården har det övergripande ansvaret för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det sker bland annat genom att säkerställa att verksamheterna har kvalitetssäkra processer och rutiner, ändamålsenlig organisation och bemanning samt utrymme för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det omfattar även att möjliggöra och kvalitetssäkra samverkan och informationsöverföring med privata intressenter vilket är särskilt viktigt vid överläten hälso- och sjukvård samt vid vårdens övergångar.

### Medicinskt ansvariga

Funktionen medicinskt ansvariga regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt i hälso- och sjukvårdsförordningen. Ansvaret 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.

Örebro kommun har två medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) och tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Medicinskt ansvariga ansvarar bland annat för att fastställa riktlinjer och styrdokument för hur hälso- och sjukvården ska utföras, följa upp verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet. De ansvarar också för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Chefer

Chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som beslutas och fastställs är väl kända i verksamheten och efterföljs. Chef är också ansvarig för att de rutiner som krävs utifrån övergripande styrdokument finns framtagna.

Chef ansvarar för att kontinuerligt arbeta med att följa och analysera enhetens resultat vad gäller patientsäkerhet genom egenkontroller, riskanalyser, utredning och analys av avvikelser samt kvalitetsindikatorer och följemått från bland annat kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete.

Chefen ansvarar för att legitimerad och baspersonal får den introduktion som krävs för den hälso- och sjukvård de ansvarar för eller utför.

### Legitimerad personal

Den legitimerade personalen ansvarar för hälso- och sjukvårdsprocessen och att genom den säkerställa att patienten får den hälso- och sjukvård som den har behov av inom ramen för det kommunala uppdraget. Legitimerad personal har ett personligt yrkesansvar för hur de utför sina arbetsuppgifter vilket innebär att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt lagstiftning, föreskrifter och styrdokument, i syfte att ge patienten en god och säker vård.

Om det är förenligt med god och säker vård kan legitimerad personal överlåta genomförandet av en hälso- och sjukvårdsåtgärd till baspersonal. Även när en åtgärd överläts är det alltid den legitimerade personalen som ansvarar för att följa upp och bedöma resultatet.

### **Baspersonal**

Baspersonal är ett samlingsbegrepp för exempelvis undersköterska, vårdbiträde, boendestödjare och personlig assistent. Baspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför överlåten hälso- och sjukvård som är delegerad eller fördelad av legitimerad personal. Baspersonal som biträder legitimerad personal har dock inget mandat att ta egna beslut när det gäller hälso- och sjukvårdsåtgärder eller att göra egna bedömningar. De får enbart utföra de hälso- och sjukvårdsåtgärder som överläts till dem. Baspersonal som är involverad i patientens vård, ansvarar för att uppmärksamma problem, risker samt förändringar i patientens hälsotillstånd och ta kontakt med legitimerad personal.

### **Enheter och funktioner med uppdrag för att följa upp och säkra kvalitén**

I förvaltningen finns verksamheter och funktioner med specialist- eller spetskompetens med uppdrag att följa upp kvalitén och driva utveckling inom olika områden som berör hälso- och sjukvård. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett viktigt stöd för verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare för att säkerställa en god och säker vård. Funktionerna nedan och deras uppdrag beskrivs mer utförligt i bilaga 1.

- AKA - adjungerad klinisk adjunkt
- Dietist och ombud för mat, måltid och nutrition
- Enheten för omvårdnadshjälpmedel
- Enheten för uppföljning
- Förflyttningsinstruktörer
- Handrehabilitering
- Hygienombud
- Instruktörer i klinisk bedömning
- Kognitiva stödteamet
- Kvalitetsstödjande sjuksköterska
- Läkemedelssamordnare
- Medicinsk strateg
- Palliativ vårdsamordnare och ombud för palliativ vård
- Referensgrupp kognitiv svikt och demenssjukdom
- Sårsköterskor
- Utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

*Processer och områden inom vilka samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.*

### **Samverkan mellan Örebro kommun och Region Örebro län**

Genom Välfärd och folkhälsa får Örebro kommun stöd i att samverka med olika parter så som andra kommuner i länet, regionen och civila samhället. Örebro kommun och Region Örebro län samverkar i olika forum, bland annat för att förebygga händelser i vårdkedjan som skulle kunna innebära risk för vårdskada.

### Länsdelsgrupp

I Örebro län finns fyra länsdelsgrupper med representanter från region och kommun som har i uppdrag att organisera länsdelssamarbetet för att uppnå målen i aktivitetsplan kopplad till regionala handlingsplaner som utgår från den Regionala utvecklingsstrategin (RUS).

Länsdelsgruppen ska fungera som länk mellan den strategiska nivån i de länsgemensamma chefsgrupperna och den operativa nivån i lokala samverkansgrupperingar på kommunnivå. Den ska genomföra och implementera uppdrag och överenskommelser från länsgemensam nivå och ta initiativ till och leda gemensamma utvecklingsarbeten. Länsdelsgruppen ska bevaka och följa det lokala utvecklingsarbetet som sker i samverkan på kommunnivå och de kan även påtala behov av länsgemensamma utvecklingsarbeten till chefsgruppen.

#### Vårdkedjegrupp Örebro

Vårdkedjegruppen bereder frågor från och till länsdelsgruppen. I gruppen finns representanter från Örebro kommun samt Region Örebro läns slutenvård och öppenvård.

Vårdkedjegruppens uppdrag:

- Utifrån uppdrag från länsdelsgruppen organisera sig internt i gruppen och verkställa uppdragen. Vid behov adjungera in personer med kompetens och beslutsrätt inom det aktuella området.
- Agera som referensgrupp om det redan finns befintlig arbetsgrupp för uppdraget/frågeställningen. Ansvara att bevaka arbetsprocessen och återrapportera till länsdelsgruppen.
- Ta beslut i taktiska frågor inom gruppens uppdragsområde.
- Ansvara för att relevant information vidareförmedlas till "hemmaplan".
- Ansvara för att skapa goda förutsättningar för ett operativt arbete på hemmaplan.
- Identifiera utvecklingsområden i samverkan som behöver lyftas till länsdelsgruppen.

#### Samverkansledare

I Örebro län finns fyra länsdelar; Örebro, Väster, Norr och Söder. I varje länsdel finns en samverkansledare som stöd för länsdelssamverkan. Dessa utgår från Valfärd och folkhälsa. Tjänsten i Örebro länsdel finansieras till 50% av Örebro kommun och 50% av Region Örebro län. Samverkansledaren ansvarar för att sammankalla och förbereda möten, skriva minnesanteckningar, samordna arbetsgrupper utifrån aktuella frågor, följa och redovisa resultat samt utifrån behov initiera förbättringsarbete.

#### ViSam

Samverkansmodell för planering och informationsöverföring mellan och inom region och kommun. Modellens syfte är att förbättra kvaliteten 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.

#### Nätverk för medicinskt ansvariga i Örebro län

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR i länets tolv kommuner, har möten ungefär var fjärde vecka som leds av utvecklingsledare på Valfärd och folkhälsa. På mötena hanteras frågor om hälso- och sjukvård, rehabilitering och patientsäkerhet som är gemensamma för länets kommuner och i samverkan mellan kommunerna och regionen. Exempel på områden är kunskapsstyrning, överenskommelser, riktlinjer, arbetsgrupper, samverkansmodeller, smittspridning/vaccinering, medicintekniska produkter, forskning och Nära vård. Ofta bjuds gäster in för att kunna informera eller föra en dialog med alla länets medicinskt ansvariga samtidigt. Nätverket har en återkommande samverkan med "Vårdhygien och smittskydd" inom regionen. Nätverket för medicinskt ansvariga arbetar tillsammans för att driva hälso- och sjukvårdsfrågor och förbättra patientsäkerheten. De arbetar också för att skapa länsgemensamma processer och rutiner för en jämlik hälso- och sjukvård i länet.

#### Centrum för hjälpmedel

Regionens verksamhet "Centrum för hjälpmedel" ansvarar för att tillhandahålla personliga och vissa behandlande hjälpmedel i Örebro län. Arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut är

anställda professioner inom regionen och kommunen som får förskriva dessa produkter. 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. Chefer på Centrum för hjälpmedel, representanter från MAS-MAR-nätverket och utvecklingsledare på Valfärd och folkhälsa, deltar på samverkan.

#### Nära vård

Nära vård är en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att nationellt vidareutveckla den nära vården genom att flytta fokus till person och relation, samordning utifrån personens fokus, proaktivt och hälsofrämjande arbete samt att personen är en aktiv medskapare. Örebro kommun har processledare för omställningen som arbetar både i samverkan med Region Örebro län och med interna processer.

#### Strategisk Arbetsgrupp för Medicinska frågor i Samverkan (SAMS)

Medicinskt avancerad vård utförs mer och mer i hemmet i stället för på sjukhuset som tidigare. Detta förväntas öka även i framtiden och är en del av omställningen till nära vård. Med anledning av detta har Strategisk Arbetsgrupp för Medicinska frågor i Samverkan (SAMS) tillskapats. Gruppen arbetar på uppdrag av hela länet (regionen och samtliga 12 kommuner) och består av medicinskt kunniga representanter från både region och kommun. Arbetsgruppen ansvarar för att patientsäkra riktlinjer och rutiner tas fram för de nya medicinska uppgifter som helt eller delvis bedöms kunna utföras på primärvårdsnivå och i kommunerna. Arbetsgruppen har inget beslutsmandat utan arbetar på uppdrag av ”chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg” som de också återrapporterar till. Under 2024 har säkra rutiner tagit fram för att behandla patienter på särskilda boenden med infusioner för benskörhet och järnbrist (zoledronsyra och ferinject).

#### **Gränslös samverkan**

Gränslös samverkan är ett begrepp som används för verksamheter och funktioner som drivs och bekostas gemensamt av Örebro kommun och Region Örebro län. Syftet är att med gemensamma krafter kunna erbjuda invånaren en patientsäker god och nära vård av hög kvalitet där resurser används effektivt. I bilaga 2 beskrivs dessa verksamheter och funktioner.

#### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Örebro kommun har ett kommunövergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som innefattar kommunens egna verksamheter. Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) är ett etablerat begrepp för ett systematiskt arbete med informationssäkerhet. Det innebär en metodik som syftar till att upprätta, införa, driva, övervaka, granska, underhålla och förbättra organisationens informationssäkerhet. Ett systematiskt arbete med informationssäkerhet syftar i stort till att informationssäkerheten anpassas efter interna och externa förutsättningar, och därigenom upprätthåller en lämplig skyddsnivå över tid. Örebro kommuns Informationssäkerhetspolicy och Riktlinjer för informationssäkerhet ställer krav på att kommunen ska ha ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS), enligt standarden SS-ISO 27001. I ett LIS ingår en årlig genomgång av informationssäkerhetsarbetet.

Samtliga förvaltningar har under året ökat sitt arbete med informationssäkerhet och visar på en ökad mognad i sättet de hanterar skyddet av sin information.

#### **Arbetet med informationssäkerhet i socialförvaltningen**

Socialförvaltningen omfattas av flertalet författningar som ger direktiv om informationssäkerhet som till exempel Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster,

Patientdatalag (2008:355) och EU:s dataskyddsförordning (GDPR, The General Data Protection Regulation)

Socialförvaltningen består av tre områden, Vård och omsorg, Funktionsstöd och Individ- och familjeomsorg. År 2024 skapade förvaltningen en gemensam rutin som syftar till att samordna informationssäkerhetsarbetet i hela Socialförvaltningen. Områdena arbetar idag i olika takt men är på väg att nå en högre mognad i den så kallade informationssäkerhetstrappan.

Åtgärder som har arbetats med under 2024 är:

#### Kunskapshöjande åtgärder

Förvaltningen har erbjudit ledning och administration en föreläsning om informationssäkerhet. Föreläsningen har varit obligatorisk och totalt fyra tillfällen erbjuds, två under 2024 och två under våren 2025. Deltagandet har varit högt och föreläsningen uppskattad. Förvaltningen har också erbjudit utbildning i säkra videosamtal genom ”Sefos” för att öka kunskapen i att använda säker tjänst vid konfidentiella samtal. Inom området vård och omsorg har en satsning skett på riktade utbildningar i ledningsgrupper av den verksamhetsnära informationssäkerhetssamordnaren.

#### Informationsklassningar och riskanalyser

Informationsklassningar och riskanalyser genomförs kontinuerligt i hela förvaltningen och arbetet följs upp årligen. I område Vård och omsorg har man påbörjat en kartläggning för att ta fram informationshanteringsplaner för återkommande arbetsflöden och huvudprocesser. I förvaltningen hanteras en del sekretessbelagd och konfidentiell information utanför verksamhetssystemen. För att information av denna säkerhetsklass ska hanteras på ett säkert sätt har område Vård och omsorg under 2024 genomfört en större informationsklassning samt riskanalys. Resultatet och åtgärder kommer att presenteras för ledningsgrupp under 2025.

#### **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 och rutiner finns för rapportering. Under 2024 förekom inga rapporterade incidenter enligt NIS-direktivet.

#### **Loggkontroller**

Loggkontroll utförs för att kontrollera att tillgång till journaluppgifter används enligt författning och regelverk för att säkerställa den enskildes integritet. Arbetsgivaren har skyldighet att genomföra loggkontroller i de journalsystem som används. Enligt rutin ska loggkontroller utföras två gånger per år av respektive chef på 10% av chefens anställda. Kontrollen ska också utföras på förekommen anledning. Kontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig eller utebliven användning. Kontrollen ska dokumenteras.

Nedan redovisas antalet beställda loggkontroller för 2023 och 2024.

Område	Verksamheter	2023	2024
Funktionsstöd	Barn och unga	0	0
	Grupp och servicebostad	52	2
	HSE	4	4
	Personlig assistans	0	0
	Socialpsykiatri	0	1

Vård och omsorg	Förebyggande	0	0
	Omvårdnad natt	0	0
	SSK natt	0	0
	Hemvård 1	5	20
	Hemvård 2	23	0
	HSV Nordost	0	0
	HSV Nordväst	-	0
	HSV Sydost	4	2
	HSV Väster	4	4
	Välfärdsteknik	0	0
	Särskilt boende för äldre	38	31
Privata	LOV hemtjänst	-	10
<b>Totalsumma</b>		<b>130</b>	<b>74</b>

Enligt rapport från Vård och stöd har 74 loggrapporter beställts för verksamhetssystemet Treserva under 2024. Utöver dessa har 8 loggkontroller beställts och genomförts på förekommen anledning. Resultatet från rapporten visar på att rutinen för loggkontroll inte efterlevs då för få loggkontroller beställs och genomförs. Något som kan vara en påverkande faktor till resultatet är att Örebro kommun idag inte har verksamhetssystem som kan leverera färdiga underlag. Det krävs administrativt arbete som kan upplevas som tidskrävande.

I det nya verksamhetssystemet Lifecare kommer loggkontrollen finnas inbyggt i systemet vilket underlättar för cheferna att ta ut loggar. Nytt för 2024 är att även privata utförare kan göra loggkontroller på liknande sätt som interna.

Resultatet av loggkontrollen kommer att tas med i rapport med tillhörande handlingsplan om informationssäkerhetsarbetet i socialförvaltningen.

## En god säkerhetskultur

*Hur verksamheter och ledning arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.*



## Ledning och styrning av hälso- och sjukvården

Inom särskilt boende för äldre är den legitimerade personalen sedan januari 2024 organiserade separat från baspersonalen och har egna enhetschefer. Den separata organisationen har gett bättre förutsättningar, både vad gäller kompetens och utrymme, för patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Det har lett till en ökad patientsäkerhetskultur och kvalitet då enhetscheferna tillsammans med medarbetarna utvärderat och utvecklat processer, rutiner och arbetssätt för såväl hälso- och sjukvårdsprocessen som patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

En av arbetsgrupperna i ”Utvecklingsarbete hälso- och sjukvård 2024” har varit ”Vidareutveckla samarbete mellan MAS, MAR och verksamheten”. Den har arbetat utifrån att det finns potential att i större utsträckning använda medicinskt ansvariga som ett nära stöd till ledning och verksamhet för att bidra till en positiv verksamhetsutveckling. Under året har arbetsgruppen genomfört kartläggning av nuläget och aktiviteter som ska leda mot

- tydlig fördelning av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret mellan medicinskt ansvariga, chefer och legitimerad personal

- tydlig struktur för hur chefer, medicinskt ansvariga och legitimerad personal med ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården ska arbeta och samverka tillsammans
- ett kvalitets- och ledningssystem med styrdokument för hälso- och sjukvård som är lätta att hitta och ger verksamheterna stöd i att ha följsamhet till lagstiftning och föreskrifter
- styrdokument som är lätta att förstå och som inte är mer omfattande än vad som krävs
- en tydlig struktur för att ta fram nya riktlinjer och arbetsätt
- en tydlig struktur för att implementera nya riktlinjer och arbetsätt

## Samverkan

God samverkan mellan legitimerad personal och baspersonal är en förutsättning för att säkert kunna överlåta hälso- och sjukvård samt vara ett stöd för varandra när det gäller att identifiera och agera på patienternas förändrade hälsotillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Förutsättningarna för samverkan påverkar direkt patientsäkerheten och riskerna för vårdskada. Här beskrivs förutsättningarna för samverkan och kommunikation samt lärande och reflektion i det dagliga arbetet.

### Intern samverkan

#### Särskilt boende för äldre

Förutsättningar för teamsamverkan i det dagliga arbetet och för att identifiera och förebygga risker, varierar. På särskilt boende för äldre är legitimerad personal och baspersonal samlokaliserade vilket ger goda förutsättningar för daglig samverkan och handledning. Ändå identifierar cheferna brister i exempelvis samverkan mellan sjuksköterskor och baspersonal. Enhetschefer för baspersonal och enhetschefer för legitimerad personal har gemensamt påbörjat ett förbättringsarbete under 2024 med att skapa en struktur för regelbundna teamträffar och andra mötespunkter för daglig handledning, kommunikation och informationsöverföring. Flera verksamheter har nu en bra struktur och god följsamhet men arbetet behöver fortsätta även under 2025 för att fler ska nå dit. En utmaning som ledningen identifierat i förbättringsarbetet är den höga omsättningen av baspersonal och sjuksköterskor vilket gör det svårt att lära känna varandra och bygga relationer.

#### Hemtjänst och hemsjukvård

För hemtjänst och hemsjukvård finns organisatoriska hinder med bland annat geografiska avstånd och avsaknad av arbetsätt för daglig samverkan. Fungerande teamträffar identifierades förra året av ledningen som den viktigaste förutsättningen och som åtgärd reviderades rutinen för teamträffar i maj 2023. Följsamheten till den nya rutinen rapporteras dock ha varit dålig under 2024, framför allt på grund av lågt deltagande och att medarbetare och chefer inte är förberedda när de kommer till träffarna.

Förutsättningarna för samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård har försämrats ytterligare under 2024 på grund av hemtjänstens organisationsförändringar som innebär stora personalgrupper och bristande kontinuitet. Det har försvårat möjligheten att bygga relationer både mellan legitimerad personal och baspersonal samt mellan baspersonal och patienter. Bristen på samverkan, riskanalys, information och gemensam förberedelse mellan verksamhetsområdena inför de organisationsförändringar som genomförts, har inneburit att flertalet brister och risker uppstått som hade kunnat förebyggas.

För privata utförare av hemtjänst är avståndet till hemsjukvården fortsatt stort. Hemsjukvården är organiserade på ett sätt som inte gynnar kontinuitet och samverkan med privata utförare. En positiv trend är att fler privata utförare än tidigare tar kontakt med hemsjukvården för att initiera samverkan.

### Förebyggande

Dagverksamheterna och hemsjukvården påbörjade arbetet med förbättrad samverkan redan 2023 och har under 2024 arbetat med att implementera sina rutiner för samverkan och informationsöverföring för sina gemensamma patienter. Syftet är att hålla ihop vård- och omsorgsprocessen och undvika att patienter inte får sina behov tillgodosedda på grund av glapp i vårdkedjan. Trots vissa framsteg finns det fortfarande utmaningar i att lyckas med det tvärprofessionella samarbetet. Hemsjukvård men kanske framför allt hemtjänst har inte rätt förutsättningar vilket gör att deltagandet vid planerad samverkan brister vilket försvårar att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

### **Område Funktionsstöd**

En ny rutin har tagits fram för teamssamverkan mellan legitimerad personal inom område Vård och omsorgs hälso- och sjukvårdsorganisation och enheterna inom Funktionsstöd. Följsamheten till den beskrivs av flera enheter som dålig från båda håll. Enhetschefer inom Funktionsstöd beskriver att vissa delar av rutinen är svåra att ha följsamhet till och hälso- och sjukvårdsenheten har på grund av personalbrist inte alltid deltagit på planerade samverkansforum. Där följsamheten till rutinen varit god har systematisk uppföljning av inkomna avvikelser påbörjats, regelbundna träffar genomförts med sjuksköterska för gemensam hantering av frågor, genomgångar/handledning i läkemedelshantering genomförts på APT, arbete påbörjats med riskanalyser på individnivå vid förändringar av arbets sätt eller införandet av nya hjälpmedel och sjuksköterska har arbetat närmare verksamheten vid delegering av redan känd personal för att säkerställa kompetensen.

## **Lärgrupper**

Under ledning av processledare för Nära vård, har en struktur för tvärprofessionellt lärande och erfarenhetsutbyte arbetats fram inom område Vård och omsorg. Strukturen inkluderar digitala lärgrupper och tvärprofessionella workshops. Utvärdering pågår och visar så här långt på förbättrad kommunikation och kunskapsutbyte, men också utmaningar som låg närvaro och lågt engagemang i vissa grupper. Majoriteten av deltagarna upplevde att lärgrupperna bör fortsätta med vissa justeringar. Förslag på förbättringar inkluderar chefsstöd, geografisk indelning, fler fysiska möten och en tydligare agenda.

## **Lokala kvalitetsforum**

Två gånger per termin har alla särskilda boenden för äldre lokala kvalitetsforum. Verksamhetschef, enhetschef för baspersonal och enhetschef för legitimerad personal deltar och planerar gemensamt för det systematiska patient- och kvalitetsarbete. Enhetscheferna arbetar därefter vidare med underlaget tillsammans med sina medarbetare. Utifrån verksamhetens mål kartläggs nuläge och åtgärder planeras, genomförs samt följs upp. Målen utgår från de egenkontroller som ska genomföras samt annat kvalitetsarbete som är aktuellt för året. Kvalitetsforumet har skapat bättre förutsättningar för enhetschefer och verksamhetschefer att arbeta strukturerat.

## **Hälso- och sjukvårdsforum**

Hälso- och sjukvårdsforum är ett forum för hälso- och sjukvårds- och patientsäkerhetsfrågor på strategisk nivå. Här behandlas identifierade behov och pågående utvecklingsarbeten med koppling till patientsäkerhetsfrågor, hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation. Forumet är indelat i två inriktningar; Strategi och kvalitet samt Utbildning och kompetens. De två forumen har visst beslutsmandat men frågor och förslag kan också lyftas vidare till respektive områdes ledningsgrupp.

I forumet Strategi och kvalitet deltar områdeschefer och verksamhetschefer med ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen från både område Vård och omsorg samt Funktionsstöd, verksamhetschef

för verksamhetsområde Kvalitet och utveckling, medicinskt ansvariga (MAS och MAR), kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård samt medicinsk strateg.

I forumet Utbildning och kompetens deltar verksamhetschefer med ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen från område Vård och omsorg, medicinskt ansvariga (MAS och MAR) och kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård.

## Handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Under 2024 har långsiktig handlingsplan för ökad patientsäkerhet tagits fram, en för område Vård och omsorg och en för område Funktionsstöd.

Funktionsstöds handlingsplan ska fastställas i början av 2025. Handlingsplanen kommer sträcka sig över en femårsperiod där ett fokusområde kommer att hanteras i taget utifrån prioriteringen som gjordes i nulägesanalysen.

Vård och omsorgs handlingsplan presenterades på Vård och omsorgsnämnden och fastställdes av områdeschef och verksamhetschefer i maj 2024. Vissa av de planerade aktiviteterna har påbörjats men flertalet har inte kommit i gång alls. Efter önskemål från Vård och omsorgs ledningsgrupp höll medicinskt ansvariga en genomgång av handlingsplanen i november 2024 för alla verksamhetschefer och enhetschefer.

Majoriteten av verksamhetscheferna har planerat in arbetsmöten med sina enhetschefer under januari 2025 för att gemensamt planera för de aktiviteter som de ansvarar för och som ännu inte är påbörjade. De aktiviteter som genomförts och de resultat som uppnåtts under 2024 presenteras under rubrikerna för de fyra grundläggande förutsättningarna för ökad patientsäkerhet samt de fem prioriterade fokusområdena.

## Adekvat kunskap och kompetens

*Hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Hur säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.*



## Kunskap om patientsäkerhets och kvalitetsarbete

Det finns inte tillräckligt med utbildningar och kompetenshöjande insatser för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens om patientsäkerhets- och kvalitetsarbete hos chefer. Av de som finns är alla utom en webbaserade och alla är på en övergripande nivå och beskriver vad som gäller utifrån lagstiftning och föreskrifter. Det saknas utbildning som ger fördjupade kunskaper samt kunskap och verktyg för hur chefer rent praktiskt ska axla ansvaret och konkret gå till väga. Under året har även brister identifierats när det gäller chefers deltagande på de obligatoriska utbildningar som finns. Utifrån upptäckten har verksamheterna planerat in utbildningstillfällen för att säkerställa att de obligatoriska utbildningarna genomförs.

## Kliniskt träningscenter (KTC)

Förra året identifierades behovet av en struktur för utbildning och andra kompetenshöjande insatser för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens för alla personalkategorier. Det konstaterades att kunskapsinhämtning i stor utsträckning sker genom webbaserade utbildningar som personal genomför självständigt utan efterföljande uppföljning och kunskapskontroll. Det

efterfrågades utbildningar med möjligheten att reflektera med andra och öva praktiskt samt att introduktionen behöver utvecklas och anpassas utifrån olika professioners behov samt bli mer praktisk och integrerad i inskolningen.

Som underlag för att kunna öka kompetensen och kunskapen hos medarbetarna har det under 2024 pågått en förstudie och en behovsinventering av kompetensutvecklingsinsatser i Örebro län. Inventeringen visade på behov inom, i stort sett samma områden som identifierats som bristområden av IVO efter pandemin och i kommunens egen genomlysning (Startpoint). Ett förslag på en länsgemensam utbildningsorganisation som bygger på simulering som metod togs fram och formades till en ansökan om att få bedriva utbildningarna som ett ESF+ projekt (Europeiska socialfonden). Projektet beviljades medel och kommer att pågå från januari 2025 till juni 2027 och riktar sig till samtliga yrkesgrupper inom område Vård och omsorg samt Funktionsstöd. Med hjälp av medlen kommer ett länsövergripande kliniskt träningscenter byggas upp och erbjuda olika utbildningar, både på plats ute i verksamheterna och i utrustade utbildningslokaler.

## Sårsjuksköterskor

Under 2024 har uppdraget för kommunens fem sårsjuksköterskor utvärderats. Utvärderingen visar att uppdraget inte kan utföras inom ramen för befintlig tjänst. Tidsbrist gör det svårt för sårsjuksköterskorna att ge kollegor stöd och hjälp, både på den egna och andra arbetsplatser. Den kommunövergripande sårkartläggningen som genomfördes i början av 2024 liksom två Lex Maria utredningar om sår, vittnar om att sjuksköterskeprofessionen över lag behöver mer kunskap och kompetens inom sårvård än vad sårsjuksköterskorna kan erbjuda. Utifrån utvärderingen av sårsjuksköterskornas uppdrag och analyser gjorda i båda Lex Maria-utredningarna har ledningen tagit beslut om att införa en heltidstjänst för en sårsjuksköterska som enbart arbetar med området sår. Tjänsten kommer att tillsättas i början av 2025 och kommer att vara organiserad i Kvalitet och utvecklingsenheten inom område Vård och omsorg.

## Specialistundersköterskor

Flera boenden har under året rekryterat specialistundersköterskor inom demens, palliativ vård och psykiatri i syfte att i det dagliga arbetet stötta kollegor och öka kunskapen inom de olika specialistområdena. På övergripande nivå har nätverksträffar för de olika specialitriktningarna startats upp och arbetet kommer fortsätta under 2025 med syfte att stödja implementeringen och utvecklingen av rollerna inom våra verksamheter.

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

*Hur patienter och närstående görs delaktiga i den egna vården, hur synpunkter och klagomål tas tillvara samt hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.*



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och delaktig i att utforma sin vård. Betydelsen av patientens delaktighet är känd hos verksamhets- och enhetschefer men arbetssätt som möjliggör saknas delvis. Det kan ske genom att ta fram individuella planer tillsammans med patient och närstående, erbjuda och genomföra samordnad individuell planering (SIP) och ta med patient och närstående vid riskanalyser. I beslutsprocesser och i utvecklingsarbeten har verksamheten idag inte rutiner och arbetssätt för att involvera patienter och närstående vilket är ett identifierat utvecklingsområde.

## Samordnad individuell planering (SIP)

Att erbjuda patienten en samordnad individuell planering (SIP) är ett arbetssätt för att göra patienten delaktig i planeringen av vården och omsorgen. Verksamheten ska erbjuda och sammankalla till SIP när de ser att patienten har behov av att insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten samordnas, eller när patienten själv efterfrågar det. Detta gäller när patienten befinner sig i hemmet men också i samband med utskrivning från slutenvården. Vid en SIP deltar patient tillsammans med de professioner och funktioner som ansvarar för patientens pågående insatser och behov. Gemensamt upprättas en samordnad individuell plan (SIP) som överlämnas till patienten och som beskriver vem som ansvarar för vad. 43 SIP har genomförts i samband med utskrivning från slutenvården under 2024. Det är en minskning från 52 SIP 2023.

## Hälsofrämjande insatser

### Hemsjukvården

I hemsjukvården genomförs hälsosamtal i nära samverkan med vårdcentralerna. Hemsjukvården har valt ut frågeställningar utifrån ”hälsoguiden” som är framtagen av Riksföreningen Äldres hälsa. Frågeställningarna används till både nya och redan kända patienter. Syftet är att identifiera patientens inre motivation till hälsa och deras egna resurser men även identifiera behov och slussa patienten vidare till olika vårdinstanser och stödfunktioner.

### Förebyggande verksamhet

Hälsosamtal utifrån hälsoguiden erbjuds även av kommunens seniorlotsar i samverkan med vårdcentral. Syftet är att lotsa äldre personer (seniorer) vidare till olika instanser beroende på vilket behov som framkommer. Inom ramen för detta pågår en särskild satsning när det gäller fysisk aktivitet. Målet är att fler seniorer ska hitta till de hälsofrämjande aktiviteter som finns och på så sätt bredda sitt utbud av fysisk aktivitet. Seniorlotsarna slussar seniorerna vidare till kommunens olika mötesplatser där bland annat seniorgymna och balansträning erbjuds samt till utvalda idrottsföreningar genom RF Sisu.

Ett förslag om gemensam seniorsatsning tillsammans med RF Sisu och vårdcentralerna Olaus Petri och Varberga har tagits fram och presenterats under 2024. Ett test kommer att genomföras med start i början av 2025. Seniorlotsarna kommer att leda en grupp seniorer under 12 veckor då de kommer introduceras till olika hälsofrämjande aktiviteter som de sedan har möjlighet att prova på. Det kommer även erbjudas föreläsningar om olika ämnen som exempelvis fallprevention.

## Öka patientmedverkan

Utifrån utvecklingsarbete hälso- och sjukvård 2024 har arbetsgrupp ”Patient och anhörigperspektiv” kartlagt och analyserat patienters och anhörigas erfarenheter, behov och önskemål av att medverka och vara delaktiga i sin hälso- och sjukvård. Utifrån analysen har arbetsgruppen tagit fram ett förslag på ett reflektions- och diskussionsmaterial som ska användas av verksamheterna för att utvärdera sina arbetssätt. Genom olika frågeställningar ska verksamheten reflektera över hur de arbetar idag och vad de kan utveckla framåt i sina arbetssätt för att patienten ska känna sig trygg, sedd och lyssnad på samt hur de möjliggör kontinuitet, säkerställer att patienten får den information den behöver och kan komma i kontakt med verksamheten på ett enkelt sätt.

## Utredning av vårdskada

I samband med att en händelse utreds som kan innebära en vårdskada eller risk för vårdskada ska patienten och närstående informeras och om möjligt erbjudas att ge sina beskrivningar om händelsen. De ska också informeras om vad verksamheten kommit fram till i utredningen. Om händelsen bedöms som en allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada som anmäls till IVO (lex Maria) eller annan myndighet, ska patient och närstående informeras om det.

När en patient drabbats av en vårdskada ska den enligt Patientsäkerhetslagen informeras om

- patientnämnden och vilket stöd de kan ge
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- möjligheten att begära ersättning via patientförsäkring.

För detta finns sedan 2022 en folder framtagen ”Till dig som drabbats av en vårdskada” och som ska lämnas till patienten, närstående eller rättslig företrädare i samband med en vårdskada.

Det är idag oklart hur vårdgivarens följsamhet ser ut när det gäller att informera och göra patient och närstående delaktiga vid utredning av rapporterade händelser och vårdskada/risk för vårdskada.

## **Brukarråd/Anhörigråd**

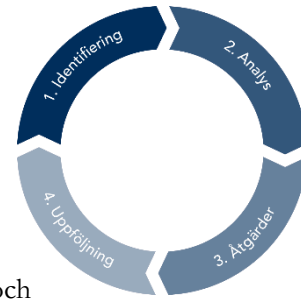
Ungefär hälften av alla särskilda boende för äldre har så kallade brukarråd och/eller anhörigråd vilket är ett forum för boendes och anhörigas synpunkter och förslag för att påverka lokaler, aktiviteter och annat i verksamheten. Forumet fungerar också som en informationskanal om vad som händer och planeras i verksamheten.

## **Individuell vård- och omsorgsplanering (IVOP)**

På särskilt boende för äldre följs insatser utifrån både socialtjänst och hälso- och sjukvård upp kontinuerligt vid så kallad IVOP. Den boende och närstående bjuds in för att tillsammans med de olika professionerna gå igenom behoven av insatser och komma överens om hur och när de ska utföras. Alla boende har en kontaktperson utsedd och vid IVOP är kontaktpersonen ett viktigt stöd. Kontaktpersonens uppgift är att ge hyresgästen stöd i att vara delaktig och kommunicera vad den vill och önskar så att insatser och bemötande anpassas och planeras utifrån det.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §  
 Vilka egenkontroller och uppföljningar som genomförts under året och vad det resultat de visat.



## Egenkontroller

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. Enhetschef ansvarar för att egenkontroller genomförs, att resultatet analyseras och att handlingsplaner upprättas i vilka åtgärdsarbetet planeras. Verksamheten uppmanas identifiera såväl brister och förbättringsområden som styrkor och goda exempel i sin analys av resultatet. Resultat återkopplas till verksamhetschefsnivå för övergripande analys.

Område och ansvarig	Aktuella Egenkontroller för området		
<b>Dokumentation</b> Verksamhet med leg. personal	Journalgranskning		
<b>Läkemedel</b> Verksamhet med leg. personal	Kvalitetsgranskning med apotek	Skötsel av läkemedelsförråd och kontrollräkning narkotika	
<b>Avvikelseprocessen</b> Gäller alla verksamheter	Granska avvikelseprocessen		
<b>Basal hygien</b> Gäller alla som berörs av föreskriften om basal hygien	Vårdhygienisk egenkontroll-Hygienrond	Lätt att göra rätt	
<b>Demensvård</b> SÄBO	Demensvård, BPSD-registret		
<b>Omvårdnadshjälpmedel</b> Enheten för omvårdnadshjälpmedel	Besiktning och service av personlyftar, vårdsängar och duschbritsar		
<b>Mat, måltider och nutrition</b>	Följsamhet till rutin mat, måltider och nutrition	Nutritionprocessen	
<b>Vårdrelaterade infektioner</b> SÄBO	HALT		

### Kontinuerlig uppföljning

Enhetschef ansvarar för att regelbundet i det dagliga arbetet följa och analysera statistik och resultat. Även utifrån denna uppföljning ska handlingsplaner upprättas.

Område och ansvarig	Aktuell uppföljning för området
<b>MCSS Digital signering</b> Gäller alla som använder MCSS	Ej signerade insatser. Resultat på enhetsnivå följs veckovis/månadsvis under året av enhetschef.
<b>Riskbedömning och förebyggande vård</b> Verksamhet med leg personal	Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enhetschef
<b>Palliativ vård</b> Hemsjukvård och SÄBO	Resultat på enhetsnivå följs tre gånger under året av enhetschef

### Basal hygien

Basal hygien innebär att ha god handhygien och att använda arbetskläder, skyddshandskar och skyddsskläder för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

För att följa upp området basal hygien ska två egenkontroller genomföras; ”vårdhygienisk egenkontroll” (hygienrond) och ”Lätt att göra rätt” (självskattning av följsamhet till basala hygien och klädregler)

Tidigare har verksamheterna även genomfört den nationella punktprevalensmätning (PPM BHK) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, som erbjudits av SKR. Under hösten 2023 beslutade SKR att inte längre stödja PPM-BHK och databasen har avvecklats. Det gör att det inte längre finns någon databas som gör det möjligt att jämföra egenkontrollerna nationellt och därmed har Örebro kommun valt att inte genomföra mätningen utan fokusera på de tre egenkontrollerna.

Andra underlag som verksamheten kan använda i sin analys av följsamhet till basal hygien är genomförda riskanalyser med koppling till basal hygien, avvikelser om vårdrelaterade infektioner, följsamheten till att hygienombud finns utsedd samt att ansvarsförbindelse om basal hygien och klädregler är påskrivna av den personal som deltar i direkt vård- eller omsorgsarbete.

### Identifiering

Det är fortsatt dålig följsamhet till att genomföra egenkontroller. Utifrån statistik från Vård och omsorgs kvalitets- och ledningssystem har 65% av verksamheterna genomfört ”Lätt att göra rätt” och 45% har genomfört hygienrond. Resultatet är en försämring från föregående år. Flera verksamheter inom område Funktionsstöd beskriver att vårdhygien är ett lågt prioriterat område och att det förekommer att verksamheter helt avstår från att genomföra hygienrond. Privata utförare har över lag god följsamhet till att genomföra egenkontrollerna för vårdhygien.

Likt föregående år finns fortsatt ett behov av kompetensutveckling i basal hygien både hos baspersonal och legitimerade. Kompetensutvecklingsbehovet bedöms vara större inom Funktionsstöd än inom Vård och omsorg. Det är flera verksamheter som arbetat aktivt med att utse hygienombud, dock saknas det på vissa enheter vilket försvårar kontinuiteten i arbetet. Brister som framkommit i egenkontroller som genomförts beskrivs liknande oavsett verksamhet. Det är i

huvudsak brister i handhygien, nagellack, lösnaglar, klockor, smycken samt korrekt användande av arbetskläder. Det kan till exempel förekomma långärmad tröja under arbetskläder. Arbetskläder används inte alltid, trots att det finns tillgång till det. Enstaka verksamheter har fått arbeta med att öka tillgången på arbetskläder. Det är fortsatt en överanvändning av engångshandskar. Tidigare år har bristerna tydligt kopplats till nyanställd personal samt vikarier vilket inte går att utläsa i år. Rökning i arbetskläder förekommer fortfarande på enstaka enheter.

Två brister som flera verksamheter lyfter i år som vi inte sett tidigare är avsaknad av rutiner och kontinuerliga kvalitetskontroller av spoldesinfektorer samt risken för legionella kopplat till användning av tygförkläden i köken. Även om det är konstaterade brister så är det positivt att det identifierats och fångats upp för fortsatt arbete. En annan generell brist är avsaknad av lokala handlingsplaner vid misstanke om smitta och smittspridning vilket krävs i riktlinjen för vårdhygien.

Chefer har i regel gett personalen förutsättningar att ta del av Socialstyrelsens webbutbildning om basal hygien och klädregler och de flesta har också följsamhet till att ansvarsförbindelse skrivs på för att säkerställa att personal tagit del av och förstått utbildningens innehåll samt riktlinjer för basal hygien.

### Analys

Trots det fokus vårdhygienområdet fick under pandemin kvarstår brister kopplat till handhygien, korrekt användning av handskar samt användandet av nagellack och lösnaglar. Det är fortfarande många verksamheter som inte genomför egenkontroller. Flera verksamheter baserar sina brister på enbart den ena egenkontrollen, "Lätt att göra rätt. Det gör att underlaget för att identifiera brister och arbeta med riktade åtgärder för att förbättra kvalitén för basal hygien, inte blir heltäckande. Fokus ligger på arbetskläder, handhygien, skyddsutrustning och städning medan områden som kompetens, rutiner och tillgång till spetskompetens saknas.

Det är av stor vikt att chefer ser och använder egenkontrollerna som ett stöd och verktyg för att engagera och skapa förståelse för vårdhygien och varför det är viktigt med följsamhet till de regler som finns. Det är tydligt att det inte räcker med att genomgå utbildning och skriva på en förbindelse då följsamheten trots att det görs bedöms vara dålig. Chefer och ledning behöver hitta sätt att motivera medarbetarna till följsamhet då brister i vårdhygien får negativa konsekvenser på patienternas hälsa och livskvalitet.

För att arbetet med vårdhygien ska vara levande kan verksamheten med fördel genomföra stickprover med jämna mellan rum i det dagliga arbetet för att få en nulägesbild. Verksamheterna behöver fortsätta att uppmuntra till en kultur där det är accepterat att påminna varandra när en kollega inte agerar på ett korrekt sätt. Där hygienombud finns ser verksamheten det som en framgångsfaktor för det vårdhygieniska arbetet och det blir tydligt att brister minskar där det finns närvarande och engagerade hygienombud.

### Åtgärder

Flera verksamheter arbetar aktivt med att ge arbetet med vårdhygien ett större utrymme. Det är flera som har en plan för utbildning och fortsatt arbete med att utse hygienombud samt att skapa samarbetsforum. Åtgärderna förväntas ge följsamhet till riktlinjerna för basal hygien.

Verksamheter uppger att de delger resultatet av genomförda egenkontroller som hygienrund och "Lätt att göra rätt" till medarbetarna för att få en ökad medvetenhet. Det sker daglig uppföljning och observationer i form av att påminna varandra om ett korrekt arbetssätt på vissa enheter. Flera verksamheter beskriver att de rådgör med hygiensjuksköterska på "Vårdhygien och smittskydd" vilket är glädjande, då det är en resurs som kommunen har tillgång till.

På särskilt boende för äldre har information om risker för legionella gått ut, användandet av tygförkläden i köken har diskuterats på de enheter som använder det och rutiner för rengöring av

spoldesinfektorer har tagits fram och implementerats.

### Uppföljning av åtgärd

Många verksamheter följer upp och återkopplar åtgärder och resultat på arbetsplatsträffar eller på andra regelbundna forum. Det bidrar till ett kontinuerligt lärande för brister, insatta åtgärder och dess effekter.

## Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI), är en infektion som uppkommer till följd av bristande utförande av diagnostik, behandling eller omvårdnad. VRI räknas som en vårdskada och orsakar mänskligt lidande för den som drabbas samt kostnader för samhället. Dessutom är det negativt ur en antibiotikaresistenssynpunkt, då merparten av alla patienter med vårdrelaterad infektion behandlas med antibiotika. Därför är det viktigt att minska risken för vårdrelaterade infektioner genom att förhindra smittspridning och minska behovet av ingrepp.

HALT står för ”Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities” och är ett verktyg för att samla in statistik om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Mätningar har genomförts på särskilt boende i Sverige sedan 2014. 2024 beslutades att HALT skulle genomföras på alla särskilda boenden för äldre i Örebro kommun.

### Identifiering

Årets HALT-mätning genomfördes på 843 patienter av 1493 möjliga. 11 av dessa hade en vårdrelaterad infektion i form av urinvägsinfektion, hudinfektioner eller luftvägsinfektion. Eftersom underlaget för mätningen bara består av 56% av alla aktuella patienter går det inte att dra några slutsatser av resultatet. Det finns endast ett fåtal rapporterade avvikelser om vårdrelaterade infektioner vilket kan vara positivt, men som också kan bero på en underrapportering.

### Analys

Omfattningen av VRI i den kommunala vården och omsorgen är inte helt känd. Det är inte ovanligt med behandling av urinvägsinfektioner och infektion i sår i kommunen. Få avvikelser skrivs gällande VRI vilket kan bero på okunskap om att dessa tillstånd faktiskt är en vårdrelaterad infektion som ska rapporteras.

Kunskapen om VRI behöver säkerställas och uppföljningen av VRI behöver utvecklas. En första strukturerad egenkontroll är genomförd men resultatet har varit svårt att analysera på en övergripande nivå. Till nästa år finns behov av att utveckla metoden för hur egenkontrollen ska sammanställas och rapporteras så att analys på övergripande nivå ska vara möjlig.

## Dokumentation

För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen årligen. Egenkontrollen genomförs som en kollegial granskning. Syftet är att höja kvalitén i dokumentationen genom att identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten. Den kollegiala granskningen är också ett tillfälle för lärande och att identifiera goda exempel som kan spridas i verksamheten.

### Identifiering

Majoriteten av alla enheter har genomfört journalgranskning utifrån egenkontrollen för dokumentation vilket är positivt. Verksamheten har genomfört egenkontroller vid ett eller två

tillfällen under året. Flera verksamheter vittnar om utmaningar att få till granskningen på grund av olika yttre omständigheter som till exempel personalbrist.

Analys av genomförda egenkontroller visar att bristerna är oförändrade från förra året. Identifierade brister är

- bristande delaktighet av patient i vården och bristande dokumentation av samtycke
- inaktuella vårdplaner är inte avslutade
- brister i hantering av vårdbegäran
- underdokumentation av utredningar
- bristande återkoppling och dokumentation av baspersonal när det gäller överlåten hälso- och sjukvård

Handledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation finns inte på alla arbetsplatser och vissa handledare beskriver att det inte finns förutsättningarna på arbetsplatsen för att sprida kunskap, handleda kollegor och samverka med chef.

### **Analys**

Brister i följsamhet och kunskap kring hälso- och sjukvårdsdokumentation är tydligt i flera verksamheter även om några verksamheter ser att de förbättrat sitt resultat. Bakomliggande orsaker till bristerna bedöms vara hög arbetsbelastning och stress hos sjuksköterskor samt att många nya sjuksköterskor anställdes under 2024 som saknade tidigare yrkeserfarenhet. Det har varit utmanande att introducera ny legitimerad personal och samtidigt få ordinarie sjuksköterskor att delta i kompetenshöjande insatser. På grund av detta kan man se en skillnad i legitimerad personals följsamhet till dokumentationsprocessen där sjuksköterskor har sämre följsamhet än arbetsterapeuter.

Det råder okunskap och upplevd otydlighet hos både sjuksköterskor och arbetsterapeuter hur olika typer av vårdplaner (utredande och behandlande vårdplaner) ska användas och dokumenteras, vilket lett till att dessa inte dokumenterats korrekt.

När det gäller baspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation vid överlåten hälso- och sjukvård finns fortsatt stora brister. Den dokumentation som legitimerad personal efterfrågar av baspersonal saknas i stor utsträckning. Detta gäller inom såväl område Vård och omsorg, Funktionsstöd som hos privata utförare. En bidragande orsak till detta är baspersonalens okunskap om deras skyldighet att dokumentera i vårdplanen samt att legitimerad personal inte är tydliga med vad som ska dokumenteras. Enhetschef för baspersonal brister i att följa upp baspersonalens följsamhet till överlåten hälso- och sjukvård och det skrivs inte heller några avvikelser på bristande hälso- och sjukvårdsdokumentation, trots att bristerna tydligt finns.

I egenkontrollens resultat framkommer att motivationen för att kompetensutveckla sig i nuvarande journalsystem är låg då legitimerad personal inte är nöjda med nuvarande system samt att de vet att ett nytt verksamhetssystem snart ska införas. Förutom att HSL-handledarna inte haft förutsättningar för att utföra sitt uppdrag har det även förekommit motstånd hos den legitimerade personalen mot att få handledning. I väntan på det nya verksamhetssystemet har så kallade superanvändare utsetts för det nya systemet vilket har skapat viss otydlighet i verksamheten och om det fortfarande är aktuellt med dokumentationshandledare. Det kan vara en orsak till att verksamheten inte har arbetat aktivt med dokumentationsfrågor på alla ställen.

### **Åtgärder**

Verksamheterna uppger att de arbetar på enhetsnivå med kompetensutveckling och handledning i dokumentation.

Några enheter som saknat handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation har utsett det under året. Vissa enheter har skapat nytt forum för hälso- och sjukvårdsfrågor och vissa har genomfört workshop för att internutbilda kollegor.

Åtgärder kopplat till dokumentation har planerats och genomförts utifrån två allvarliga händelser om sårbehandling som lett till lex Maria anmälan. Åtgärderna har handlat om att implementera befintliga riktlinjer och rutiner för att få följsamhet till hur bedömning, behandling och uppföljning av sår ska dokumenteras.

Hemsjukvården har haft fokus på att öka dokumentationen av riskbedömning inför att legitimerad personal planerar in en åtgärd. Sårsköterska i hemsjukvården har haft i uppdrag att utbilda sina kollegor för att förbättra kvaliteten och följsamheten i dokumentationen relaterat till vårdplan för sårvård. Hemsjukvårdens enhetschefer har haft dialog med hemtjänstens egenregis enhetschefer om bristande dokumentation av baspersonal och uppmuntrat dem till förändrade arbetssätt.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom särskilt boende har arbetat med att tillsätta fler handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation samt att skapa bättre förutsättningar för dem att kunna stödja sina kollegor i dokumentation. I detta har man även gjort en planering för utbildningsinsatser för samtliga yrkeskategorier i teamet kring dokumentation. Funktionen samordnande sårsköterska har breddinförts på alla boenden. Deras uppgift är att samordna och vara stöd i att prioritera och fördela det dagliga arbetet, samverka med baspersonalens enhetschef, planera och regelbundet följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet, inventera kompetensbehov, samordna utbildningsinsatser samt delta vid rekryteringar och introduktioner.

Förebyggande verksamhet har under 2024 genomfört ett förbättringsarbete om hälso- och sjukvårdsdokumentation. Arbetet har framför allt handlat om att tydliggöra dokumentationen av den legitimerade personalens utredning där patientens resurser och hinder, målsättning och behov av åtgärder ska beskrivas.

Primärvårdens kognitiva mottagning (tidigare Ängens minnesmottagning) deltar tillsammans med Region Örebro län i ett pilotprojekt för kommunikationsplattformen Collabodoc. I verksamheten arbetar kommunalt och regionalt anställda medarbetare och därmed dokumenterar de i olika patientjournaler vilket försvårar samarbetet i teamet. Plattformen ger möjlighet att kommunicera och dela information med varandra på ett säkert sätt, då man inte har tillgång till varandras journalsystem. Uppföljning av pilotprojektet görs i utsedd arbetsgrupp och styrgrupp.

Under 2024 har också en arbetsgrupp under ledning av medicinskt ansvariga, arbetat med den kommunala patientjournalen och förberett inför att det nya verksamhetssystemet ska införas 2025. Målet har varit att skapa en struktur i journalen utifrån nationell informationsstruktur och nationellt fastställda termer och begrepp som ger goda förutsättningar att följa hälso- och sjukvårdsprocessen.

### **Uppföljning av åtgärd**

En positiv trend är att hälso- och sjukvårdsdokumentation är en viktig fråga på enheterna då det finns som återkommande punkt på dagordningen vilket ger tillfällen för reflektion, analys och lärande.

Trots flertalet åtgärder för att höja kompetensen i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation som genomförts de senaste åren finns fortsatt brister i följsamheten till lagar, föreskrifter och rutiner för dokumentation. Ungefär samma brister har identifierats i årets egenkontroller jämfört med tidigare år.

Att bristerna kvarstår när det gäller baspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation vid överläten hälso- och sjukvård visar att implementering av ny rutin om baspersonalens ansvar i hälso- och sjukvårdsdokumentation, hittills inte gett önskad effekt.

Uppföljning av projektet med Collabodoc mellan Region Örebro län och Primärvårdens kognitiva mottagning visar att det ger ett bra stöd vid kommunikation och informationsutbyte mellan läkare och övriga professioner inför och efter ronderna samt ger effektivare och säkrare flöden vid den kognitiva utredningen.

## Läkemedelshantering

Läkemedelshantering omfattar ordination och hantering av läkemedel. Här ingår allt ifrån att beställa, förvara, hantera, kontrollera, iordningställa och ge läkemedel. Sjuksköterska är huvudansvarig men arbetsuppgiften att lämna över läkemedel till patient, det vill säga att ge patienter stöd i att ta sina läkemedel, utförs till största del av delegerad baspersonal.

Narkotiska läkemedel kräver särskild hantering och kontroll. Kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel, ska genomföras av sjuksköterska minst en gång i månaden och signeras (dokumenteras) i digitalt signeringssystem (MCSS). Kontrollräkning av narkotiska läkemedel i akut- och buffertförråd ska även det genomföras en gång i månaden och signeras (dokumenteras) i särskild narkotikapärm som förvaras inne i akut- och buffertförrådet.

Enhetschef för sjuksköterskor ansvarar för att genomföra två egenkontroller; ”Skötsel av läkemedelsförråd samt kontrollräkning narkotika” och Kvalitetsgranskning läkemedelsförråd.

### Identifiering

Extern kvalitetsgranskning av samtliga 30 akut- och buffertförråd har genomförts under våren 2024 av Apoteket AB, enligt upphandlat avtal och enligt förskrift ”Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården” (HSLF-FS 2017:37, 4 kap. 3). Utifrån dessa har följande brister identifierats:

18 enheter brister i daglig kontroll av temperatur i kylskåp när vaccin förvaras i kylskåpet.

11 enheter brister i daglig städning av ytor i läkemedelsrummet samt sker inte kontroll av hållbarhet på läkemedel varje månad.

10 enheter har tillfört patientägda läkemedel till det allmänna läkemedelsförrådet vilket ur ett vårdhygieniskt och säkerhetsperspektiv inte får ske.

15 enheter kontrollräknar narkotika i läkemedelsförrådet minst 1 gång/månad men 11 enheter har brister i följsamheten till kontroll varje månad. Som lägst har en enhet kontrollräknat 6 av 12 månader.

Både särskilt boende för äldre och hälso- och sjukvården i ordinärt boende har identifierat brister i signering, temperaturkontroll i kylskåp och brister i följsamhet till riktlinjer och rutiner för delegeringsprocessen. Brister i följsamhet till delegeringsriktlinjen är större i ordinärt boende och särskilt boende inom Funktionsstöd än på särskilt boende för äldre.

Under 2024 har 1062 avvikelser om att läkemedel saknas vid kontrollräkning inrapporterats. Det är en ökning från föregående år och de senaste åren har avvikelser beträffande narkotikasvinn mer än fördubblats. Särskilt boende för äldre är den verksamhet som drabbats i störst utsträckning. Trots att kontrollräkning av narkotiska preparat inte alltid utförs har verksamheten förbättrat kontrollräkning från föregående år vilket kan vara en förklaring till att fler avvikelser upptäckts och skrivs. Följsamheten till kontrollräkning av narkotika i akut- och buffertförråd är generellt större än kontrollräkning av patientbunden narkotika, särskilt inom hemsjukvården. Under året har det skett narkotikasvinn både i akut- och buffertförråd samt bland patientbundna läkemedel.

### Analys

Många verksamheter uppger att de har god kontroll över läkemedelshanteringens dels utifrån avvikelser som uppkommit där man arbetat med åtgärdsplaner, dels utifrån egenkontroller och

kvalitetsgranskningar som är gjorda. Samtidigt identifieras flera brister, risker och behov kopplat till delegeringsprocessen och följsamhet till rutiner och riktlinjer. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska beskrivs som en viktig roll i arbetet med att ett mer samlat ansvar för de patienter vars läkemedelshantering man tagit över, men även övriga teammedlemmar behöver vara involverade i förbättringsarbetet. Under året har svårigheter med resurser resulterat i en sämre kontinuitet av sjuksköterskor vilket i sin tur lett till brister i läkemedelshantering.

Delegeringar är en arbetsuppgift som tar mycket tid för sjuksköterskor, både vad gäller planering och genomförande. Det kan också vara svårt att hitta lämpliga lokaler där delegeringen kan ske när sjuksköterskorna delar kontor. Hemtjänstens områdesindelning gör det utmanande att lära känna baspersonalen och säkerställa säker hantering av delegeringar. Hemtjänsten fortsätter att göra förändringar utan samverkan med hemsjukvården som utmanar patientsäkerheten. Hemtjänstutförare uttrycker att det inte är ovanligt att det finns behov av att delegera baspersonal med mycket kort varsel för att schema och planering ska gå ihop. Det gör att delegeringsprocessen inte följs och att patientsäkerhetsrisker uppstår då sjuksköterskorna inte känner den baspersonal de ska delegera. Det finns behov av annat arbetssätt för delegeringar och hur hemtjänsten arbetar med överlåten hälso- och sjukvård för att underlätta uppföljning och säkerställa patientsäkerheten.

För att stöld ska kunna upptäckas i tid, utredas och förhindras är det angeläget att kontrollräkning av narkotiska läkemedel genomförs enligt rutin. En annan åtgärd som bedöms angelägen är att akut- och buffertförråd och läkemedelsskåp hemma hos patient förses med loggningsbara lås. Så ser det inte ut idag vilket försvårar utredningen om vem som orsakat de svinn som upptäcks. Loggningsbara skåp skulle ge möjlighet att kontrollera vem som öppnat läkemedelsskåpet och vid vilken tidpunkt. Insikten om att arbetsgivaren kan spåra vem som öppnat förråd och skåp samt när, antas också verka förebyggande genom att avskräcka personer från att stjäla.

Att kontrollräkning av narkotika inte utförs i tillräcklig utsträckning tros bero på ej fungerande lokala rutiner. Under året har verksamheten haft sämre kontinuitet i sjuksköterskegruppen och hög arbetsbelastning, vilket ses som ytterligare faktorer som påverkat negativt.

### Åtgärder

Enhetschefer för legitimerad personal med ansvar för särskilt boende för äldre (SÄBO) har i samarbete med enhetscheferna för baspersonal, tagit ett omtag vad gäller läkemedelshantering. På olika forum förs nu en dialog kring läkemedelshantering, delegeringsprocessen, digital signering och läkemedelsavvikelse samt uppföljning av åtgärdsplan som upprättats utifrån genomförd kvalitetsuppföljning av läkemedelsförråd.

Digital kalender har införts som ett verktyg i syfte att säkerställa att arbetsuppgifter som exempelvis städning av läkemedelsskåp, kontrollräkning narkotika, temperaturmätning i kylskåp och delegeringar blir genomförda.

För att begränsa antalet medarbetare som har tillgång till narkotiska läkemedel hanterar sedan en tid tillbaka endast sjuksköterska narkotiska plåster på särskilda boenden för äldre, och inte baspersonal. Antalet medarbetare som har tillgång till läkemedelsrum där narkotika förvaras, har begränsats. Mängden narkotika som förvaras hemma hos patient har också begränsats genom att sjuksköterska fyller på mindre mängder men oftare. Under 2024 har digitaliseringsgruppen påbörjat en kartläggning över behovet av loggbara skåp för läkemedelshantering. Resultatet kommer att ligga till grund för upphandling av optimala läkemedelsskåp med säkra passersystem.

Arbetsrättsliga åtgärder har vidtagits för de narkotikasvinn som berott på stöld och där arbetsgivaren kunnat fastställa vem som stulit.

Flera åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med bristande följsamhet till kontrollräkning av narkotika samt narkotikasvinn. Genomgång och översyn av befintliga enhetsrutiner och arbetssätt

har genomförts och samordnande sjuksköterska arbetar för att säkerställa följsamhet till rutiner och riktlinjer kring detta.

Även inom hemsjukvården förs regelbundet diskussioner i verksamheterna om rutinen för läkemedelshantering med syfte att påverka arbetssätt och kultur.

### **Uppföljning av åtgärd**

Verksamheten uppger att uppföljning av åtgärder oftast sker genom nya egenkontroller men även på befintliga kontinuerliga samverkansforum. Det finns inga konkreta resultat rapporterade utifrån de åtgärder som planerats och genomförts.

När det gäller kvalitetsgranskningar av läkemedelsförråd som genomförs med hjälp av Apoteket AB, får varje enhet som granskats en rapport där bristerna presenteras. Rapporten blir underlag för förbättringsarbete som ska åtgärdas eller planeras av enheten inom 3 månader (se kommunens diarie- och ärendehanteringssystem; Voo 313/2025). Rapporten ska också skickas in till MAS för kännedom. 15 av 30 enheter har skickat åtgärdsrapporten till MAS.

### **Uppföljning överlåten hälso- och sjukvård (digital signering)**

Läkemedel och läkemedelshantering är ett riskområde som kan resultera i vårdskada eller risk för vårdskada vid felaktig behandling och därmed är uppföljning viktig. För digital signering används systemet MCSS. Signering av utförd läkemedelsbehandling ingår i kravet på dokumentation av en patients vård och behandling. Vid signering framgår vilken åtgärd som signeringen gäller, tidpunkt då åtgärden utförts eller skulle ha utförts samt vem som utfört den.

Utdata i MCSS möjliggör uppföljning av utförd/ej utförd behandling vilket är en del av individuppföljning av en patients vård samt en del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Chefer och sjuksköterskor har tillgång till aviseringar (larm) och statistik för att dagligen och över tid följa resultat av utförda/ej utförda eller för sent utförda läkemedelsbehandlingar. När sjuksköterska kontrollerat varför en läkemedelsbehandling inte har signerats och vidtagit åtgärder ska sjuksköterska kvittera larmet. Kontroll och uppföljning av den utdata som genereras i MCSS med aviseringar om brister i delar av processen läkemedelshantering utförs av samtliga enhetschefer som ansvarar för legitimerad personal eller delegerad baspersonal.

### **Identifiering**

Det är framför allt sjuksköterskor som använder digital signering i MCSS. Följsamheten till uppföljning i systemet enligt rutin varierar. Det skiljer sig mellan verksamhetsområden men det finns även stora variationer mellan enheter och mellan individer inom en arbetsgrupp. Det är framför allt tydligt i egenregis hemtjänst.

Flera av Funktionsstöds verksamhetsområden lyfter utmaningar kopplat till överlåten hälso- och sjukvård och samverkan med legitimerad personal inom hälso- och sjukvårdsenheten (HSE). Samverkanssvårigheterna har påverkat möjligheten för baspersonal att få delegering. När personal blivit delegerade brister den legitimerade personalen i uppföljning och avstämning kring hur den som är delegerad klarar sitt uppdrag. Ordinationsunderlag stämmer ibland inte överens med de instruktioner som ligger inlagda i det digitala signeringssystemet, vilket gör att hälso- och sjukvård riskerar att utföras felaktigt. Identifierade samverkanssvårigheter och brister gäller samtliga verksamheter mer eller mindre men fungerar allra sämst mellan privata utförare och legitimerad personal.

I december månad fanns 483 100 läkemedelsinsatser att utföra och signera. Av dessa var 96 % signerade, varav 87 % inom angivet tidsspann. Det är höga siffror men eftersom det totala antalet läkemedelsinsatser per månad är omfattande innebär detta trots den goda följsamheten att omkring 19 300 insatser inte var signerade under december månad. Av dem har 17 700 larm signalerats av systemet varav 13 800 har hanterats och kvitterats av sjuksköterska. Resterande 3 900 larm är inte

hanterade. För dessa är det oklart om åtgärder vidtagits och om patienten fått sina läkemedel eller inte. Resultatet visar inte på någon större förändring jämfört med förra året.

Ett fåtal arbetsterapeuter använder MCSS för att följa upp överläten aktivitets- och funktionsträning och därmed finns inte något resultat presenterat för detta.

### **Analys**

Det finns flera orsaker till att en arbetsuppgift inte är signerad och behöver inte betyda att patienten inte fått de läkemedel som är ordinerade. Några exempel är tekniska problem, okunskap hos både delegerad baspersonal och sjuksköterska i hur signering utförs, tidspres eller att arbetsuppgift ligger kvar i systemet trots att patienten inte ska ha några insatser.

Identifierad orsak till bristfällig följsamhet är att planeringen för hemtjänstens baspersonal i flera fall inte varit synkad med tidsspannet för läkemedel som sjuksköterskor har lagt in i MCSS. Detta påverkar andelen läkemedelssigneringar i tid för hemtjänstenheter (egenregi) negativt.

För de patienter där personal missat att ge ordinerat läkemedel är det viktigt att sjuksköterska agerar för att motverka vårdskada. Därmed är uppföljningen av signerad läkemedelshandling viktig. Statistiken i MCSS visar att 3900 larm under en månad inte är kontrollerade. Det finns flera faktorer som försvårar möjligheten att följa upp. Bristande kontinuitet är en återkommande bidragande orsak och gör uppföljning problematisk. När sjuksköterska ser ett larm om ej signerad behandling ska kontakt tas med utföraren. Det är framför allt svårt när sjuksköterskor och delegerad baspersonal inte är samlokaliserade. Att ringa eller skriva meddelanden upplevs tidskrävande och ineffektivt.

För sjuksköterska med ansvar för patienter som har många olika utförare (externa och egenregi), blir uppföljning näst intill omöjligt. Externa hemtjänstutförare har samma svårigheter då deras kunder har många olika sjuksköterskor. De organisatoriska förutsättningarna gör det svårt att tillsammans bygga upp ett gott samarbete.

För att kunna arbeta med uppföljning på ett effektivt sätt krävs goda förutsättningar för teamssamverkan och nära dialog mellan dem som är involverade i patientens vård och omsorg. Idag saknas de organisatoriska förutsättningarna för det.

### **Åtgärder och uppföljning av åtgärd**

En ökad medvetenhet och flera vidtagna och pågående åtgärder för att öka och förbättra samverkan och uppföljning av delegerad läkemedelshandling, kan ses i verksamheterna men verkar inte ge tillräcklig effekt. En faktor som utpekats som en bakomliggande orsak till att genomförda åtgärder inte får önskad effekt är stor personalomsättning och låg kontinuitet.

De framgångsfaktorer som ändå identifieras är tät uppföljning och samverkan i teamet. När enhetschef och sjuksköterska följer upp och återkopplar till baspersonalen minskar antal larm. Detta i kombination med att enhetschef för baspersonal följer statistiken i systemet för att få en bild över hur det ser ut. En annan viktig faktor är när sjuksköterskor har möjlighet till avstämningar med baspersonal i nära anslutning till händelsen samt ett nära samarbete mellan sjuksköterskor och driftplanerar i hemtjänsten. Flera enheter har utarbetat nya rutiner för hur sjuksköterska och enhet/grupp ska samarbeta.

Andra åtgärder som vidtagits är att man sett över och anpassat tidpunkt och tidsspän för insatsen för att motverka att larm uppstår. Den generella uppfattningen är att den digitala signeringen stärker patientsäkerheten.

## **Omvårdnadshjälpmedel**

### **Identifiering**

Utbildade tekniker inom Enheten för omvårdnadshjälpmedel ansvarar för att besiktiga och serva alla omvårdnadshjälpmedel inom nedanstående fastställda intervaller.

- besiktning av mobila personlyftar och taklyftsmotorer - varje år
- besiktning av vårdsängar - vartannat år
- besiktning av duschvagnar - varje år

Under 2024 har

- 1164 av 1164 mobila personlyftar och taklyftsmotorer besiktigats.
- 597 av 2341 vårdsängar besiktigats och servats.
- 54 av 64 duschvagnar besiktigats.

### **Analys**

Samtliga mobila personlyftar och taklyftsmotorer har besiktigats vilket är ett mycket positivt resultat.

Sängbesiktning har utförts enligt planering fram till oktober, efter det har sängbesiktning pausats på grund av personalbrist. Under 2022 besiktigades 45% av alla vårdsängar, under 2023 besiktigades 33% och under 2024 besiktigades 26%. Det innebär att Örebro kommun under den senaste 3-årsperioden i genomsnitt besiktigat 35% av alla vårdsängar. Ett värde som skulle behöva ligga på 50% för att uppfylla kravet på besiktning vartannat år.

Verksamheten har fortfarande inte följsamhet till besiktningar av duschbritsar men andelen har ökat jämfört med förra året vilket är positivt.

### **Åtgärder**

Enheten för omvårdnadshjälpmedel har under 2024 köpt in drygt 100 vårdsängar som bytts ut mot gamla. Detta utifrån bedömningen som gjordes 2023 att nästan en fjärdedel av alla vårdsängar (ca 580) på särskilt boende för äldre, är över 20 år och behöver bytas ut mot nya.

### **Uppföljning av åtgärd**

Enheten för omvårdnadshjälpmedel följer och prioriterar kontinuerligt behovet av att byta ut gamla vårdsängar. Det finns en planering där ungefär 40–50 sängar byts ut årligen, utifrån de ekonomiska förutsättningar som råder. Det är dock för få jämfört med identifierat behov. För att snabbare byta ut de sängar som bedömts vara för gamla skulle det behöva avsättas särskilda pengar, vilket inte finns i nuvarande budget.

## **Demensvård med stöd av BPSD-registret**

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom vilket nästa alla personer med demenssjukdom drabbas av någon gång under sin sjukdomstid. Genom att utreda patientens förutsättningar och behov kan vården och omsorgen anpassa miljön, aktiviteter och bemötande, i syfte att motverka att dessa symtom uppstår. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för att förebygga, bemöta och behandla beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Syftet med registret är att minska lidande och öka livskvalitet för personen med demenssjukdom. Registret gör det också möjligt för verksamheten att utvärdera sina resultat och säkerställa att man arbetar utifrån nationella och kommunala riktlinjer och rutiner. För särskilt boende för äldre med demensavdelning är det beslutat att bedömning med stöd av BPSD-registret ska utföras för de patienter som har en demensdiagnos. I detta ingår att minst en gång per år genomföra BPSD-bedömning och utifrån resultatet upprätta en bemötandeplan.

### **Identifiering**

Verksamheterna beskriver att de brister i att göra och dokumentera både BPSD-bedömningar och bemötandeplaner för personer med demensdiagnos. Det saknas BPSD-administratörer som är en

viktig funktion i arbetet med att genomföra BPSD-bedömningar. Administratörer finns i högre utsträckning bland baspersonalen men saknas i sjuksköterskegruppen.

Statistik från BPSD-registret för perioden 1 november 2023 till 31 oktober 2024:

- 59 av 71 avdelningar (83%) har använt registret under 2024. Det är en marginell ökning från 2023 då det var 79 %.
- 341 av 995 personer (34%) har fått en BPSD-bedömning. Det är en ökning sedan 2023 när andelen låg på 25%.
- Så gott som alla BPSD-bedömningar som görs utförs av ett multiprofessionellt team. Förra året låg resultatet på samma höga nivåer.

### Analys

Trenden är en förbättring jämfört med tidigare vad gäller antal registrerade BPSD-bedömningar, men det är fortfarande långt till målet att alla personer som bor på särskilt boende för äldre med demensinriktning ska få minst en BPSD-bedömning per år. Det riktade fördjupade stödet till implementering av BPSD-registret har gett en ökad kompetens och utveckling av arbetssättet. Det finns en ökad medvetenhet och ett större engagemang att aktivt arbeta med BPSD-bedömning bland både medarbetare och ledning. För att konkretisera arbetssättet i verksamheten, som många upplever som svårt, har ett behov identifierats av ett tydligare underlag för den lokala handlingsplanen och ett stöd är under utveckling.

Både inom särskilt boende för äldre och hemvård (hemtjänst och hemsjukvård) kvarstår behovet av kompetensutveckling och tid för reflektion när det gäller kognitiv svikt och demenssjukdom. Verksamheterna anmäler sig inte till de utbildningar som erbjuds, trots att dessa utformats och anpassats i samråd med verksamheterna och att information om utbildningarna getts vid flera tillfällen. Inom särskilt boende för äldre ses dock en ökad medvetenhet kring vikten av att utreda och förstå patientens behov av anpassat bemötande och omvårdnad som bland annat visar sig genom att verksamheterna i högre utsträckning tar kontakt för att få råd och stöd av kognitiva stödteamet, vilket är positivt.

Verksamheterna ser den stora omsättningen av sjuksköterskor och baspersonal samt ombyggnationer och ett ekonomiskt ansträngt läge som bakomliggande orsaker till de identifierade bristerna. Det finns också utmaningar för administratörerna att avsätta tid för att arbeta med registreringar. Utifrån de utmaningar som finns har verksamheterna inte hunnit med att BPSD-bedöma alla personer med demensdiagnos, utan de med mer framträdande beteendemässiga och psykiska symtom har prioriterats. Verksamheterna ser ändå att framsteg görs inom området och en viktig del i de framsteg som gjorts kopplar man till kognitiva stödteamets insatser.

### Åtgärder

Kognitiva stödteamet samt internutbildare har under året gett stöd till verksamheternas förbättringsarbete genom utbildning samt riktat fördjupat stöd för implementering av BPSD-registret. Kognitiva stödteamet har också gett stöd genom reflekterande samtal och konsultativt stöd vid enskilda ärenden.

Utbildningar har genomförts enligt fastställd kompetensplan men även skräddarsydda riktade utbildnings- eller handledningsinsatser har genomförts. Utifrån kompetensplanen har kognitiva stödteamet samt internutbildare under perioden 1 januari till 31 oktober genomfört:

- BPSD-administratörs-utbildningar
- Nätverksträffar för BPSD-administratörer
- Stjärnmärktutbildningar

- Reflekerande samtal
- Utbildning om kognitiv svikt/demenssjukdom
- Introduktionstillfällen för nya enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor
- Handledning för arbetsterapeuter

Satsningen på kompetenshöjande insatser inom personcentrerad vård på särskilt boende för äldre har fortsatt med fokusområdet ”miljö som möjliggör”. Utsedd arbetsgrupp har arbetat med analys och sammanställning av rapport med förslag till beslut om fastställda riktlinjer, gemensamma rutiner och vägledning i kvalitetsarbetet med en miljö som skapar bättre förutsättningar för personcentrerad vård. Rapporten planeras att presenteras för ledningsgruppen under januari 2025. En storföreläsning med sammanlagt 79 deltagare från Örebro kommun har genomförts och nästa år planeras workshops och möjlighet till coaching på plats på de särskilda boendena för äldre.

Riktat fördjupat stöd för implementering av BPSD-registret har under 2023–2024 getts till sex särskilda boenden för äldre och ytterligare tre startas upp under hösten eller våren, enligt överenskommelse.

Nätverksträffar för specialistundersköterskor inom demensvård har startats upp under 2024 och kommer att vidareutvecklas under 2025. Fokus kommer att ligga på att ge chefer och medarbetare stöd i hur specialistundersköterska demens kan användas i verksamheten.

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell med syftet att ge medarbetarna kunskap och verktyg för att arbeta personcentrerat i demensvården. En satsning på utbildning av lokala stjärninstruktörer är beslutat och planerad till mars 2025. Detta ger möjlighet att stärka kompetensen på 13 särskilda boenden för äldre. Kognitiva stödteamet har i uppdrag att bilda ett nätverk och ge stöd i uppdraget.

Följande särskilda boenden för äldre är idag stjärnmärkta eller på väg att bli:

#### Stjärnmärkta

Backagården  
Klosterbacken grupp 7-8  
Klosterbacken grupp 3-4  
Lindhultsgården  
Rostahemmet E1

#### Gått eller går utbildningen men ej Stjärnmärkta

Rostahemmet (övriga avdelningar)  
Elgströmska huset  
Adrianska huset  
Berggården  
Karlslundsgården  
Södermalms hemmet

#### **Uppföljning av åtgärd**

Uppföljning av det riktade fördjupade stödet vid implementering av BPSD-registret görs tillsammans med varje boende, men ännu har ingen sammanställning gjorts förutom den av statistik från BPSD-registret.

Kunskap och lärande sprids genom kognitiva stödteamets och internutbildarnas utbildningar, reflekterande samtal och stöd i olika ärenden. Återkoppling till verksamhet och ledning ges vid korta avstämningar med verksamhetschefer, besök på ledningsgrupper, träffar med samverkanspartner och vid nätverksträffar samt vid referensgrupp kognitiv svikt och demens.

Kognitiva stödteamet planerar också att göra en årlig sammanställd rapport och analys för återkoppling och underlag för prioriteringar och beslut till ledning och verksamheterna utifrån kompetensområdet kognitiv svikt och demenssjukdom. Den första samlade rapporten planeras vara färdig i februari 2025.

Det riktade fördjupade stödet för implementering av BPSD-registret har lett till utveckling av arbetssättet, ökad medvetenhet och engagemang.

## Palliativ vård

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister där alla dödsfall ska registreras. För de patienter som är inskrivna i palliativ vård registreras Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. Målet är att uppnå Socialstyrelsens målvärden och på så sätt förbättra den palliativa vården. Närtstående ges från och med 2024 möjlighet att återkoppla hur den palliativa vården fungerat genom att besvara en enkät i registret.

### Identifiering

Enligt SPR ska minst 70% av alla palliativa patienters dödsfall vara registrerade i registret för att underlaget ska kunna användas för analys och förbättringsarbete. Statistik från verksamhetssystem visar att totalt 698 dödsfall inträffat där patienten varit inskriven i palliativ vård. Av dessa har 68% registrerats i SPR. Eftersom statistiken bygger på mindre än 70% av alla dödsfall kan statistiken vara missvisande.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat % 2023	Resultat % 2024
Vårdplan	100	-	<b>93</b>
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	82,8	<b>79</b>
Ordination injektion smärtlindring	98	99,0	<b>97</b>
Ordination injektion ångestdämpande	98	99,3	<b>97</b>
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100	81,6	<b>79</b>
Dokumenterad munhälsobedömning	90	63,1	<b>59</b>
Avliden utan trycksår	90	84,5	<b>87</b>
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	92,9	<b>96</b>
Antal väntade dödsfall		407	<b>435</b>

### Analys

Verksamheterna har följsamhet till målvärdet för kvalitetsindikatorn ”mänsklig närvaro i dödsögonblicket” och jämfört med föregående år ses en tydlig förbättring. Övriga kvalitetsindikatorer når inte upp till nationella målvärden. Tyvärr ses en försämring i dokumenterad munhälsobedömning, någonting som de palliativa vårdsamordnarna ser allvarligt på och identifierar som ett område de behöver arbeta med. Kvalitetsindikatorn ”Dokumenterat brytpunktssamtal” styrs av vårdcentralsläkarens följsamhet till riktlinjer och kan endast påverkas indirekt av kommunen. Kvalitetsindikator för vårdplan är ny och kan därför inte jämföras med tidigare resultat.

Antalet registrerade dödsfall i SPR har minskat i jämförelse med föregående år trots det utvidgade stödet från palliativa vårdsamordnare under året i form av riktad utbildning för sjuksköterskor i arbetssätt i registret. Palliativa vårdsamordnare ser detta som en brist som verksamheterna behöver analysera och åtgärda.

### Åtgärder

Under året har kommunens palliativa vårdsamordnare utbildat alla sjuksköterskor med patientansvar, i registrering samt uttag av data från SPR. Detta i syfte att förbättra täckningsgraden, dokumentation av palliativ vård samt förståelse för frågorna i den dödsfallsenkät som sjuksköterska tillsammans med teamet besvarar efter ett dödsfall. Alla verksamheter har informerats om vikten av dokumentation av dödsfall i verksamhetssystem för att minska risk för felaktiga statistikuttag. Vidare har palliativa vårdsamordnare informerat sjuksköterskor och utformat arbetssätt för närståendes möjlighet att återkoppla den palliativa vården genom enkät i registret.

Arbetet från förra året med att revidera den länsövergripande riktlinjen för palliativ vård pågår fortfarande. I den beskrivs bland annat läkarens ansvar för brytpunktssamtal. Förhoppningen är att gemensamt med regionen arbeta med det låga antalet brytpunktssamtal när revideringen är klar. Revideringen beräknas vara klar under 2025.

Alla SÄBO har kommit i gång med att lämna ut närståendeenkät till närstående. Under året har 120 närstående fått möjligheten att återkoppla vad som fungerat bra och vad som kan förbättras i den palliativa vården via enkät i SPR. 57% av de närstående svarade på enkäten. Under 2025 kommer resultatet att skickas ut till enheterna för analys och åtgärder på enhetsnivå. Även en övergripande analys av resultatet kommer att genomföras av de palliativa vårdsamordnarna under 2025. Arbetet med att även erbjuda närståendeenkät inom hemsjukvården kommer intensifieras.

### Uppföljning av åtgärder

De palliativa vårdsamordnarna följer kommunens resultat kvartalsvis i SPR. Det är ett sätt att följa upp de utbildningsinsatser som genomförs för att se om de haft effekt. Samordnarna sammanställer även alla verksamheters resultat och skickar ut till respektive ansvarig chef. Chef ansvarar för att analysera resultatet och arbeta med förbättringsarbeten för de indikatorer som inte uppnår målvärden på enhetsnivå. 2024 års resultat visar att arbetet med att förbättra kunskap kring munhälsobedömning och munvård behöver intensifieras och följas upp noga. En misstanke är att bristerna till viss del beror på brister i dokumentationen men trots det är munvårdsarbetet ett område som behöver förbättras och som har påverkan på patientens livskvalitet.

## Riskbedömning och förebyggande vård

Vårdgivaren ansvarar för att förebygga fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Personer som är 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård och som har omsorgsinsatser ska erbjudas en riskbedömning minst en gång per år i syfte att identifiera nya risker. Kvalitetsregistret Senior alert ska användas som stöd i det förebyggande arbetet utifrån riktlinjen ”Riskbedömning och riskförebyggande vård”.

### Identifiering

Antal riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret  
SÄBO = särskilt boende för äldre och HSV = hemsjukvården

\*inklusive externa vårdgivare

År	SÄBO * Antal personer riskbedömda för trycksår, fall, undernäring	Andel med minst en risk	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal mun- bedömningar	Antal Blåsdysfunktions- bedömningar
2018	1334	84%	134	188	499	1381	154
2019	1414	84%	156	207	495	1451	229
2020	1217	85%	137	169	477	1365	301
2021	1205	85%	121	148	457	1305	347

2022	1186	83%	130	153	453	1303	566
2023	1290	85%	138	173	507	1401	864
<b>2024</b>	<b>1354</b>	<b>86%</b>	<b>158</b>	<b>206</b>	<b>505</b>	<b>1561</b>	<b>844</b>

HSV År	Antal personer riskbedömda för trycksår, fall, undernäring	Andel med minst en risk	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal mun- bedömningar	Antal Blåsdysfunktion bedömningar
2018	231	78%	15	17	76	65	6
2019	224	78%	21	25	93	117	36
2020	73	77%	18	22	46	37	10
2021	65	87%	12	17	27	49	8
2022	87	83%	18	28	39	25	19
2023	113	78%	23	32	49	92	5
<b>2024</b>	<b>112</b>	<b>82%</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>34</b>	<b>23</b>

Ny kolumn för i år är ”Antal trycksår”. Detta då verksamheterna under 2024 påbörjat en satsning för att minska antalet trycksår.

#### Särskilt boende för äldre

Av de 1742 personer som under 2024 bott på särskilt boende för äldre (ej korttidsplats) och borde ha riskbedömts, har 78% en registrerad riskbedömning vilket är en ökning jämfört med tidigare år (68% 2023).

#### Hemsjukvården (HSV)

Av de 2002 personer som under 2024 hade både hemtjänst och hemsjukvård har 6 % en registrerad riskbedömning vilket är en halvering jämfört med tidigare år (12% 2023).

#### Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE)

Av de 283 personer inom område Funktionsstöd som var 65 år och äldre har 5 % en registrerad riskbedömning. Det ligger på samma nivå jämfört med tidigare år (4 % 2023).

### Analys

#### Särskilt boende för äldre

Antal patienter som är riskbedömda för fall, undernäring och trycksår ligger kvar på i stort sett samma nivå som tidigare år. Resultatet i kvalitetsregistret Senior Alert visar på god följsamhet och förbättringar inom vissa områden. Det genomförs riskbedömningar för de flesta patienter och vårdplaner upprättas för de risker som identifieras. Dock finns det förbättringsområden, framför allt att riskbedöma och arbeta med uppföljning av blåsdysfunktion samt att registrera alla trycksår och fallhändelser i registret. Vissa verksamheter gör riskbedömningar där teamet deltar vilket gett positiva effekter. Fler enheter planerar att dra lärdom och arbeta på liknande sätt.

#### Hemsjukvården (HSV)

Antal registrerade riskbedömningar är fortsatt mycket lågt i förhållande till antal personer med kommunal hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser. Följsamheten till att genomföra riskbedömningar varierar mellan olika enheter. Flera uppger att en legitimerade personalen genomför riskbedömningar regelbundet men att de brister i registreringen i Senior alert. Några enheter har inte kommit i gång att registrera alls.

#### Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE)

HSE har en låg andel patienter över 65 år men för de som finns genomförs endast ett fåtal riskbedömningar. Eftersom majoriteten av patienterna är under 65 år och inte berörs av

riskbedömningar enligt Senior alert, blir riskbedömningar enligt Senior alert en sällanhändelse. Det kan vara en bidragande orsak till att rutiner och arbetssätt är svårare att implementera.

### **Åtgärder och uppföljning**

På särskilt boende för äldre har arbete med att förbättra dokumentation och uppföljning gjorts. Kompetenshöjande insatser har skett för sjuksköterskor och arbetsterapeuter inom området riskbedömning och förebyggande vård och för baspersonal har utbildningsinsatser genomförts på omvårdnadskonferenser. Teamsamverkan har förbättrats för att arbeta gemensamt med riskbedömningar och uppföljning. Egenkontroller genomförs regelbundet för att följa upp genomförda åtgärder. Egenkontrollarbetet planeras och följs upp på lokala kvalitetsforum 2ggr/år, där enhetschefer, verksamhetschef, samordnande sjuksköterska och kvalitetsstödande undersköterska deltar.

Inom hemsjukvården har ledningen vid upprepade tillfällen uppmanat till att registrera i Senior alert och att arbeta med det förebyggande arbetet. I enhetsplaner har målet att öka antalet riskbedömningar och registreringar i Senior alert funnits med. Trots detta har verksamheterna inte lyckats. En trolig orsak är omsättning på sjuksköterskor som lett till att många är nya och inte känner till arbetssättet. Det har vidare varit svårt att få fäste när mer erfaren personal också prioriterar bort registreringarna. Det har varit svårt att motivera det förebyggande arbete när medarbetarna känner sig pressade och de har haft svårt att se vinsterna. Inom hemsjukvården har uppföljning ägt rum på APT och på andra möten där chef och professioner möts, men inga förbättringar har kunnat uppmätas.

## **Mat, måltider och nutrition**

Det finns två egenkontroller för området; nutritionsprocessen och följsamhet till rutin för mat, måltider och nutrition. Att egenkontroller genomförs är ett enhetschefsansvar och till sin hjälp har de ombuden för mat, måltider och nutrition.

### **Identifiering**

Inom särskilt boende för äldre har 11 av 23 enheter genomfört egenkontroll av nutritionsprocessen genom journalgranskning. Det framkommer att ätsvårigheter i låg utsträckning är dokumenterade i journal, att nutritionsutredningar sällan genomförs och att verksamheterna brister i att uppmärksamma vikttnedgång. I hemsjukvården har en av fyra verksamheter genomfört egenkontrollen av nutritionsprocessen, vilket gör att inget samlat resultat kan redovisas.

Egenkontrollen av följsamhet till rutin mat, måltider och nutrition inkluderar flera olika områden, varav några berör hälso- och sjukvård. Inom särskilt boende för äldre har 11 av 23 enheter genomfört egenkontrollen. En av dessa enheter har publicerat en handlingsplan utifrån identifierade brister. Inom hemsjukvården har en av fem enheter genomfört egenkontrollen men inte publicerat någon handlingsplan.

### **Analys**

Det är låg följsamhet till ansvaret att genomföra egenkontrollerna för mat, måltider och nutrition. Egenkontrollerna är viktiga för att identifiera såväl brister som styrkor i arbetet med att minimera risken för undernäring. Motivationen och förståelsen för egenkontrollen som ett verktyg i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet behöver öka.

### **Åtgärder**

Under 2024 har ett stöd för journalgranskning av följsamhet till nutritionsvårdprocessen publicerats.

## Vårdbegäran i Lifecare SP

### Identifiering

Medicinskt ansvariga har genomfört egenkontroll av Örebro kommuns följsamhet till att skicka vårdbegäran till Region Örebro län, när patienter med kommunal sjuksköterska har behov av sjukhusvård. Syftet med vårdbegäran är att ge slutenvården det underlag de behöver för att kunna bedöma patientens hälsotillstånd, bedöma behov av vård samt planera för en trygg och säker utskrivning. Egenkontrollen genomfördes som ett stickprov genom granskning av samtliga ineliggande patienter under en dag.

Totalt fanns 103 patienter på Örebro kommuns ineliggandelistor. Av dessa hade 41 kommunala sjuksköterskeinsatser innan de hamnade på sjukhuset. ADL-status ska enligt Visam-modellen skickas in för samtliga patienter med kommunal sjuksköterskeinsats. Vid granskningstillfället var det endast 10% som hade det.

22 patienterna skickades in till sjukhuset av kommunens sjuksköterska. Dessa ska enligt Visam-modellen ha en vårdbegäran inskickad som ska innehålla bilagorna beslutsstöd och ADL-status. Av de 22 patienterna var det 64% som hade en inskickad vårdbegäran, 36% innehöll beslutsstöd och 18% innehöll ADL-status.

### Analys

Örebro kommuns resultat är lågt och verksamheten behöver bli bättre på att skicka in de underlag som behövs för att kunna ge patienterna en god vård och en trygg utskrivning från slutenvården. Örebro kommuns resultat är sämre än medelvärdet för samtliga kommuner i länet.

Vid enbart en tredjedel av alla tillfällen skickade sjuksköterskor in vitalparametrar (mätvärden så som blodtryck, andningsfrekvens, puls och temp) till slutenvården. Vid granskningen fanns det i flera journaler dokumenterat att sjuksköterska tagit vitalparametrar vid hembesöket men som inte fanns med i vårdbegäran. En orsak skulle kunna vara att det är obligatoriskt att fylla i alla vitalparametrar i formuläret för att kunna skicka in beslutsstödet. Saknas ett mätvärde kommer sjuksköterskan inte vidare och kan inte skicka övriga mätvärden som tagits. Förbättringsförslag kring detta är inlämnat till processledare för Visam-modellen att se över.

### Åtgärder

I vårdkedjegruppens aktivitetsplan för 2024 och 2025 ingår mål och aktiviteter för Visam-modellen, vårdbegäran och beslutsstöd. I aktivitetsplanen ingår aktiviteter så som kompetenshöjande insatser till sjuksköterskor i vårdbegäran och beslutsstöd och att utveckla arbetssätt för befintliga metodhandledarna i Visam-modellen.

### Uppföljning av åtgärd

En del åtgärder har påbörjats men uppföljning saknas då åtgärderna ännu inte genomförts.

## PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN

Det finns fem prioriterade fokusområden som tagits fram nationellt för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet. För varje av nedanstående fokusområden beskrivs nuläget, planerade och genomförda åtgärder, dess effekter samt planen framåt.

- Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer
- Fokusområde 3 – Säker vård här och nu
- Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling
- Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

*Hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp. Hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.*



I handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns aktiviteter planerade för att öka följsamhet till korrekt hantering av avvikelser i vårdkedjan samt att avvikelserna mellan vårdgivarna ska sammanställas och analyseras för att öka kunskapen om inträffade händelser.

Medicinskt ansvariga har under 2024 sammanställt statistik att använda som underlag för att genomföra analys av de avvikelser som skickats mellan Örebro kommun och Region Örebro län (avvikelser i vårdkedjan). Analys planeras att genomföras på verksamhetschefs- och enhetschefsnivå under våren 2025.

SAS inom område Funktionsstöd och medicinskt ansvarig har under året arbetat med statistiker för att få fram ett nytt analysstöd i Power BI. Detta för att kunna förbättra verksamheternas uppföljning av rapporterade avvikelser. Verktyg att ge chefer stöd i att enkelt följa sina avvikelser, identifiera mönster och agera proaktivt för att förbättra kvaliteten, patient- och brukarsäkerheten. Analysstödet kommer implementeras i verksamheterna under 2025.

### Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria

De händelser som anmäls enligt lex Maria rapporteras till den politiska nämnden som tar del av händelsen, vad utredningen visat och de åtgärder som planeras eller vidtagits.

Struktur och arbetssätt för utredning av allvarlig vårdskada samt fastställande och uppföljning av åtgärdsplan har förtydligats på områdesledningsnivå inom Vård och omsorg. SKR's (Sveriges kommuner och regioner) metod för händelseanalys har använts i framtagandet av det nya arbetssättet. Roller och ansvar är tydligare fördelat mellan verksamhetschefer och medicinskt ansvariga och det finns en struktur för att följa upp både planerade åtgärder genomförts och vilken effekt de resulterat i. Ny struktur och arbetssätt har skapat bättre förutsättningar för ett lärande i verksamheten. Nästa steg är att arbeta med struktur och arbetssätt även på enhetsledningsnivå.

Under 2024 har 14 fördjupade utredningar av eventuell vårdskada genomförts av medicinskt ansvarig.

- Fyra händelser bedömdes vara orsakade av hälso- och sjukvården och ha medfört allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada. Dessa har anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Sammanfattning av händelserna och vidtagna åtgärder finns att läsa i bilaga 3. Ansvarig verksamhetschef ansvarar för arbetet och uppföljning av åtgärdsplan och medicinskt ansvariga deltar i uppföljningen.
- Fem händelser bedömdes vara orsakade av verksamheten men bedömdes inte som allvarliga av medicinskt ansvariga. Ansvarig enhetschef ansvarar för arbetet och uppföljning av åtgärdsplan.
- Fem händelser bedömdes inte ha orsakats av hälso- och sjukvården men vid utredningen identifierades vissa brister, exempel bristande hälso- och sjukvårdsdokumentation och brister i basal omvårdnad. Ansvarig enhetschef ansvarar för arbetet och uppföljning av åtgärdsplan.

Vid årets slut finns fyra pågående utredningar som påbörjats under 2024 men som inte är färdigutredda och därför redovisas under 2025.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

*Hur tillförlitliga och säkra vårdgivarens system och processer är.*



### Styrdokument

Det finns styrdokument så som riktlinjer, rutiner och metodstöd för de processer som berör hälso- och sjukvård. Dock behöver kännedom och följsamhet till dem bli bättre i verksamheterna vilket är en identifierad brist. Flera orsaker till bristen har identifierats. Det saknas arbetssätt och struktur för implementering av styrdokument och andra förändringar som kräver nya kunskaper och arbetssätt. Medarbetare har även lyft en problematik kring att det finns för många styrdokument. Vid kartläggningar som gjorts under året har det framkommit att det finns många rutiner som inte går att återfinna i vårdgivarens kvalitets- och ledningssystem men som finns i omlopp ute på enheterna. En del lokala rutiner innehåller samma sak som de riktlinjer och rutiner som finns i kvalitets- och ledningssystemet medan andra uppmanar till arbetssätt som inte går i linje med det som är bestämt övergripande. Utifrån detta har behov av att se över alla lokala rutiner identifierats. Detta för att undersöka vilka som behövs, vilka som behöver revideras och vilka som bör tas bort.

### Processen för överlåtten hälso- och sjukvård

En process som återkommande identifierats som osäker är överlåtten hälso- och sjukvård, det vill säga delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad personal överläter till baspersonal att utföra. Legitimerad personal har ett ansvar att innan åtgärden överläts bedöma om det är förenligt med god och säker vård. De ansvarar också för att följa upp den åtgärd som är överlåtten. Idag är ansvaret svårt att leva upp till i hemsjukvården. Samverkan i det dagliga arbetet kring vården och omsorgen med möjlighet att bedöma och handleda är avgörande men fungerar inte.

Arbetsgruppen ”Struktur för utbildning och organisation för delegering” har arbetat med att ta fram en process och struktur inför delegeringsförfarandet. Syftet är att underlätta

delegeringsarbetet för legitimerad personal, kvalitetssäkra den kunskap baspersonalen får och utveckla metoderna för uppföljning av kunskapen. Under 2024 har arbetsgruppen påbörjat arbetet med att ta fram ett nytt koncept för delegeringsprocessen där nya utbildningar och kunskapstest ingår.

Arbetsgruppen ”Ökad hälso- och sjukvårdskompetens hos baspersonal” har under 2024 haft fokus på att utveckla och kvalitetssäkra innehållet i baspersonalens introduktion. Utgångspunkten har varit att en god introduktion lägger grunden för att medarbetaren ska kunna göra ett bra arbete och trivas på arbetsplatsen. Introduktionen har utformats med målsättningen att medarbetaren får information om sitt uppdrag i lagom mängd, i lagom takt och en blandning mellan utbildningsinsatser och praktiska övningar. Det finns ännu inget färdigt förslag från arbetsgruppen.

## Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet

I slutet av 2024 har beslut tagits om en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet mellan länets kommuner och Region Örebro län. Överenskommelsen gäller från och med 1 januari 2025. GAP-analyser ska genomföras under våren 2025. Utifrån analysen ska åtgärds- och implementeringsarbete planeras.

## Extern samverkan

Under 2024 har chefer för legitimerad personal inom hemsjukvården och särskilt boende för äldre startat upp samverkansträffar med vårdcentralerna på övergripande nivå. Verksamheterna är uppdelade så att det är ett möte för de verksamheter som tillhör västers vårdcentraler och ett annat för de som tillhör östers vårdcentraler. Från kommunen deltar verksamhetschefer, enhetschefer och medicinskt ansvariga. Från regionen deltar områdeschef samt vårdcentralchefer. Samverkansmötena med vårdcentralerna ger möjlighet att bygga relationer vilket underlättar samverkan i det dagliga arbetet när händelser uppstår. Genom att lyfta svårigheter, risker och brister och diskutera dem har verksamheterna fått ökad förståelse för varandra och har även lett till att åtgärder kunnat vidtas för att undanröja och minimera problem. Även goda exempel lyfts på dessa träffar för inspiration och spridning. Samverkan har lett till ett ökat lärande både om sig själv och den andra vårdgivaren. Ett exempel är att kommunen haft seminarier om arbetsterapi och att vårdcentralerna på så sätt fått ökad kännedom om vilka av deras patienter som kan behöva få kontakt med arbetsterapeut. Detta har lett till ett ökat antal remisser och att fler patienter än tidigare fått kontakt med arbetsterapeut, särskilt patienter med neuropsykiatriska diagnoser och patienter som är sjukskrivna på grund av utmattning.

## Medicinsktekniska produkter

Vårdgivaren ansvarar för att de medicinsktekniska produkter som köps in är säkra och funktionsdugliga. Det ska göras genom att produkterna kontrolleras genom exempelvis besiktning, service och kalibrering enligt leverantörens direktiv. Örebro kommun köper in olika typer av medicinsktekniska produkter. Omvårdnadshjälpmedel köps in och hanteras av enheten för omvårdnadshjälpmedel och för dessa produkter finns rutiner och arbetssätt för hantering och kontroll. Undersökningsutrustning och vissa omvårdnads- och personliga hjälpmedel köps in av verksamheterna som grundutrustning. För dessa saknas arbetssätt och rutiner för hantering och kontroll.

För de medicinsktekniska produkter som köps in av verksamheterna själva, ansvarar respektive enhetschef för att ha rutiner som säkerställer att kontroll samt eventuell kalibrering och service blir genomförd. Det saknas idag register över produkterna som möjliggör kontroll och spårbarhet.

Under året har styrdokument uppdaterats och tagits fram för att tydliggöra verksamheternas ansvar kring inköp, hantering, kontroll och säkerställande av kompetens, för medicinsktekniska produkter som verksamheten köper in. Riktlinjen är inte implementerad i verksamheterna utan det ska ske under 2025. En planering finns för att 2025 se över inköpt undersökningsutrustning och ta fram

ett förslag på hur produkterna ska registerföras för att möjliggöra kontroll och spårbarhet.

Det finns okunskap i verksamheter att skador på och felhantering av produkter ska rapporteras. Det råder även osäkerhet om var sådana händelser ska rapporteras. Avvikelse som gäller medicintekniska produkter rapporteras i två olika system idag. Händelser som involverar en patient då något går fel i samband med att ett hjälpmedel används, rapporteras i verksamhetssystemet Treserva. Det systemet kan alla medarbetare komma åt. Trasiga och skadade produkter rapporteras i WebSesam, men till det systemet har endast arbetsterapeuter tillgång. Detta gör att det kan finnas en underrapportering av trasiga och skadade produkter som upptäcks av baspersonal. Antal avvikelser bedöms vara lågt i relation till den mängd omvårdnadshjälpmedel och andra medicintekniska produkter som hanteras hos vårdgivaren.

Idag förkommer det äldre medicintekniska produkter i verksamheten som har passerat leverantörens rekommenderad livslängd. För att göra avsteg från leverantörens rekommendationer kräver lagstiftning och EU direktiv, en strukturerad hantering och dokumentation samt att en utsedd person har ansvaret att fatta beslut om avsteg. Detta har inte vårdgivaren idag.

Ungefär 580 vårsängar behöver bytas ut (se rubrik "Omvårdnadshjälpmedel" på sidan 28).

När det gäller förebyggande madrasser, följer vårdgivaren inte leverantörens rekommendation om funktionskontroll och livslängd på mellan 5-8 år. Runt 200 förebyggande madrasser bedöms behöva bytas ut, om vårdgivaren ska säkerställa att madrasserna inte överstiger 10 år.

När det gäller positioneringskuddar råder det även där brist på funktionskontroll och antalet kuddar bedöms också vara för litet jämfört med behovet hos patienterna. En omständighet som försvårar ansvar och kontroll är att vårdgivaren valt att lägga ut ansvaret för inköp och hantering på varje verksamhet i stället för en central hantering. En central hantering skulle också göra det enklare att anpassa antalet produkter utifrån behov och att de produkter som finns används effektivt.

För att klara av att byta ut de produkter som inte bedöms vara funktionsdugliga, behövs tillskott till ordinarie budget.

## Säker vård här och nu

*Hur förändringar och störningar i nutid hanteras för att möjliggöra en patientsäker vård.*

Det är utmanande för verksamheterna att ha en beredskap för variationer i vårdtyngd. Personalomsättningen är hög och grundbemanningen är låg vilket påverkar verksamheterna även när ett fåtal medarbetare är sjuka eller slutar på en enhet. Uppfattningen är dock att verksamheten har rutiner för att situationsanpassa när variationer och störningar uppstår i närtid. Dock är det svårt att situationsanpassa när det gäller överlåten hälso- och sjukvård som kräver en särskild kompetens, som till exempel delegering eller en viss utbildning. Detta eftersom personal med säkerställd kompetens är svårare att ersätta.

För att uppmärksamma störningar och risker i processen för överlåten hälso- och sjukvård är det viktigt med teamsamverkan i det dagliga arbetet. I hemsjukvården och hemtjänsten saknas de organisatoriska förutsättningar som behövs.

Särskilt boende för äldre har arbetat med att skapa ett samledarskap mellan enhetschef för baspersonal och enhetschefer för legitimerad personal. En god samverkan mellan cheferna ses som en viktig grund för en fungerande teamsamverkan hos medarbetarna och grunden för en god och säker vård och omsorg. Vissa har kommit längre i arbetet än andra. Under en gemensam



planeringsdag i slutet av november ägnades en stor del av tiden till att prata om hälso- och sjukvård och socialtjänst samt samledarskapet mellan cheferna. Vissa enhetschefer har hunnit påbörja arbetet med att skapa en struktur för daglig handledning och informationsöverföring samt regelbundna teamträffar. Ett mål är högt deltagande av legitimerad personal och baspersonal vid samverkan och att alla tar ansvar utifrån sina respektive professioner och roller. Processen för överlåtten hälso- och sjukvård följs upp på terminsvisa lokala kvalitetsforum där verksamhetschefer och enhetschefer för respektive verksamhet träffas.

## Egenkontroller

Utifrån analysverktyget för ökad patientsäkerhet konstaterades förra året att det saknas förståelse och kunskap om nyttan av egenkontroller, analys av avvikelser och riskanalyser. Fortfarande är följsamheten till att genomföra vissa egenkontroller låg. När andelen genomförda egenkontroller är låg har inte vårdgivaren fullföljt sitt ansvar för att kontrollera verksamhetens kvalitet och det går inte heller att vara säker på att resultatet stämmer. Underlaget som uppföljningarna bygger på blir helt enkelt för tunt för att spegla verkligheten.

Under 2024 har område Vård och omsorg upprättat årshjul för egenkontrollarbetet för att ge enhetschefer bättre stöd i planeringen av arbetet. För enhetschefer för baspersonal samt legitimerad personal på särskilt boende för äldre, finns årshjulen lättillgängliga på intranätet.

Verksamhets- och enhetschefer värderar betydelsen av att arbeta med och upprätthålla en god patientsäkerhet högt men det finns förhållanden som hindrar. Fortfarande är politikens och ledningens fokus och första prioritet en ekonomi i balans vilket gör att kvalitets- och patientsäkerhetsarbete återkommande hamnar i skymundan och bortprioriteras.

## Risکانalyser

*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.*

Det genomförs för få riskanalyser för att identifiera risker i verksamheternas processer jämfört med antalet planerade förändringar i verksamheterna. Riskbedömningar för att identifiera risker i arbetsmiljön har ledningen däremot goda rutiner för vilket tros bero på att fackförbunden ställer skarpa krav på detta. Det saknas en förståelse för att planerade förändringar påverkar den egna verksamhetens kvalitet och säkerhet, och att det krävs strukturerade riskanalyser för att upptäcka dolda risker som kanske inte är uppenbara vid första anblick. Det saknas även förståelse för att förändringar inom den egna verksamheten indirekt kan påverka andra verksamheter. Bristen på riskanalyser och en grundlig förberedelse inför förändringar, leder till att onödiga brister uppstår som hade kunnat undvikas. Chefer och ledning behöver bli bättre på riskmedvetenhet och beredskap vid exempelvis organisationsförändringar och att i detta ta med patientsäkerhetsperspektivet.

I bilaga 5 presenteras samtliga riskanalyser som verksamheterna uppger genomförts under 2024 där risker för patientsäkerheten identifierats.

## Stärka analys, lärande och utveckling

*Beskrivning av de områden inom vilka utredning och analys lett till åtgärder för en säkrare hälso- och sjukvård i syfte att minska risken för vårdskador.*

Det finns kunskap i verksamheten om att man ska följa olika resultat, men utmaningar finns för att få till analyser och uppföljningsmoment vilket är en förutsättning för lärande och stärkt patientsäkerhet. En identifierad svårighet är att det idag krävs mycket handpåläggning i systemen för att ta ut data och statistik och att verksamhetsstödet till chefer i detta är begränsat. Område Funktionsstöd upplever till exempel att det varit svårt att arbeta strategiskt med åtgärder och aktiviteter utifrån målet att förbättra den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten, just för att det saknas bra systemstöd.



Eftersom det saknas systemstöd är det en del uppföljning och analys som helt uteblir och den som görs blir inte alltid heltäckande. Det blir svårt att se helheten och cheferna tappar eller utvecklar inte den kompetens i analys, lärande och utveckling som de skulle behöva utifrån sitt ansvar. Förutsättningar behöver tillskapas och flera olika lösningar är på gång.

Örebro kommun inväntar fortfarande ett nytt verksamhetssystem som skulle ha införts vid årsskiftet 2024/2025 men som nu är framflyttat till årsskiftet 2025/2026. I det nya verksamhetssystemet kommer alla utredande och behandlande vårdåtgärder kodas, enligt Nationell informationsstruktur (NI). Det ger vårdgivaren statistikuppgifter som möjliggör uppföljning, utvärdering och kvalitetsarbete av den kommunala hälso- och sjukvården. Det ger också möjligt för vårdgivaren att rapportera in KVÅ-koder till Socialstyrelsens hälsodataregister som är obligatoriskt sedan 2019. Det nya verksamhetssystemet tillsammans med Hälsodataregister kommer även ge Örebro kommun möjlighet att följa statistik som redovisar antal personer som varit mottagare av kommunal hälso- och sjukvård uppdelat per kalendermånad, en form av vårdtyngd. Det är ännu oklart vilken statistik som kommer att kunna tas ut för den hälso- och sjukvård som överläts till baspersonal.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) inom Funktionsstödsområdet har tillsammans med medicinskt ansvarig under året arbetat med statistiker för att få fram ett nytt analysstöd i Power BI. Detta för att kunna förbättra verksamheternas uppföljning av rapporterade avvikelser. Verktøget ska ge chefer stöd i att enkelt följa sina avvikelser, identifiera mönster och agera proaktivt för att förbättra kvaliteten, patient- och brukarsäkerheten. Analysstödet kommer implementeras i verksamheterna under 2025.

Socialförvaltningens nuvarande IT-stöd för kvalitetsledningssystem (QPR), tas ur bruk den 31 mars 2025 och ersätts av andra IT-stöd. Processer med tillhörande stöddokument kommer att hanteras i systemen ”2c8” och ”Sharepoint” med koppling mellan dessa båda. Socialförvaltningens nya verksamhetssystem ”Lifecare” kommer att hantera avvikelser. IT-stöd för egenkontroll utvecklas inom ramen för processen ”Planera och följa upp verksamhetens kvalitet” och kommer troligen att bygga på det befintliga enkät- och analysverktyget ”Insurvey” i kombination med viss egenutveckling. Riskanalys saknar IT-stöd idag, men ses även det över inom ramen för processen ”Planera och följa upp verksamhetens kvalitet”, dock på längre sikt. Dokumentation av årlig sammanhållen kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse lagras i kommunens dokument- och ärendehanteringssystem W3D3. Arbetssättet för kvalitetsledningssystemet beskrivs som process i det nya processverktyget ”2c8”, med tillhörande dokument, och kommer att utgöra ett stöd i kvalitetsarbetet.

## Övergripande kvalitetsforum

Ett övergripande kvalitetsforumet för Vård och omsorg har utformats under 2024. Kvalitetsforumet ska verka för en god kvalitet inom alla verksamheter för att främja en trygg och

säker vård och omsorg. Detta genom att bland annat stödja chefer och skapa förutsättningar för uppföljning och analys av kvalitetsarbete. I kvalitetsforumet deltar olika stödfunktioner så som dietist, medicinskt ansvariga, socialt ansvarig samordnare, årsprocessledare med flera. Kvalitetsforumet har genomförts sju gånger under 2024. Forumet har haft fokus på temat ”uppföljning” under året. De har kartlagt nuvarande metoder för uppföljning av processer och rutiner och därefter påbörjat arbetet med att utveckla nya metoder som tydligare leder till reflektion och lärande i verksamheten. Tidigare har de olika stödfunktionerna som ansvarar för att ta fram egenkontroller, arbetat var och en för sig. Under 2024 har de olika funktionerna genom sitt gemensamma forum, samordnat sitt stöd och informationen ut till chefer och ledning vilket skapat tydlighet och struktur. Förutom arbetet utifrån temat ”uppföljning” har forumet tagit fram förslag och underlag inför fastställande av tillsynsområden och verksamhetsplan samt underlag inför uppsiktsdialog.

## Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

*Beskrivning av hur verksamheten rapporterar, hanterar och analysera rapporterade händelser eller risker samt viktiga lärdomar som har spridits.*

Verksamheten har processer och rutiner för rapportering av händelser och risker. Händelser som identifieras i den egna verksamheten rapporteras i digital avvikelsem modul. De händelser som inkommer från extern vårdgivare och myndighet registreras i det centrala diariet. Alla rapporterade händelser hanteras och utreds av ansvarig chef. Medicinskt ansvariga kontaktas för deltagande i utredning och bedömning för de händelser där konsekvensen eller risken bedöms som allvarlig.

Rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och fallavvikelser visas i bilaga 4 utifrån egenkontroll om följsamhet till avvikelseprocessens samtliga steg samt antal avvikelser inom respektive område och aktivitet.

## Identifiering

I verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet, stöd och vägledning i styrdokument samt verktyg för rapportering i befintligt verksamhetssystem. Svårigheter som lyfts generellt av verksamheten är förutsättningar för att samverka med berörda enheter och funktioner som är involverade i utredningen av avvikelser. Behovet att skapa struktur för samverkan beskrivs fortsatt stort, trots att förbättringar skett under året för privata utförare, verksamheter inom område Funktionsstöd, hemtjänst och hemsjukvård.

Verksamheterna har identifierat att baspersonal fortsatt behöver stöd vid rapportering av händelser för att göra rätt val i avvikelsemodulen samt utförligt beskriva händelseförloppet och omedelbart vidtagna åtgärder. Detta för att underlag för utredning och analys ska bli så korrekt som möjligt. Vissa hemtjänstenheter beskriver att sjuksköterska uteblir från inplanerade avvikelseträffar vilket försvårar teamarbetet vid avvikelshantering. Någon enhet har identifierat språksvårigheter som del av orsaken till brister i avvikelshantering.

Verksamheten arbetar inte med att systematiskt analysera resultat och sätta in åtgärder på verksamhetsnivå vilket behöver utvecklas. Chefer uttrycker behov av administrativt stöd för det systematiska kvalitetsarbetet och uppfattningen är att det saknas systemstöd för att sammanställa rapporter med statistik för analys.

## Följsamhet till avvikelseprocessen

Avvikelseprocessen innehåller 6 steg; rapportera, utreda, bedöma, åtgärda, följa upp och avsluta. Samtliga steg ingår i kravet på hur en händelse som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada ska hanteras och dokumenteras.

Av 5464 rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser 2024 är

- 10 % inte hanterade alls
- 62 % hanterade i samtliga steg

Av 7449 rapporterade fallavvikelser 2024 är

- 4 % inte hanterade alls
- 77 % hanterade i samtliga steg

### **Antal avvikelser inom olika områden**

Antalet avvikelser har ökat det senaste året under de flesta områden förutom medicintekniska produkter, vårdrelaterade infektioner, bemötande, tillgängligheten att nå personal och ledning samt information internt och externt.

### **Avvikelser till och från Region Örebro län**

Överenskommelse finns mellan Region Örebro län och Örebro kommun om hur avvikelser i samverkan mellan vårdgivarna ska hanteras och beskrivs även i riktlinjen för Avvikelser, synpunkter och klagomål. Fortfarande saknas ett gemensamt arbetssätt mellan kommun och region för att på övergripande nivå analysera och åtgärda de avvikelser som inträffat.

Avvikelser eller brister som upptäcks i Örebro kommuns verksamhet som rör Region Örebro län ska registreras i kommunens avvikelsem modul för att därefter skickas till regionen för utredning. Avvikelseerna som skickas till regionen diarieförs i kommunens diarie- och ärendehanteringssystem. 139 avvikelser i kommunens avvikelsem modul har enligt uppgift delgivits regionen för vidare utredning. Totalt finns 146 ärenden registrerade 2024. Det kan bero på att några avvikelser skickats direkt till regionen utan att ha registrerats i avvikelsemodulen.

Under 2024 har

- 94 avvikelser skickats av kommunen till Region Örebro län
- 52 avvikelser inkommit till kommun från Region Örebro län

Inkomna avvikelser från regionen handlar framför allt om utebliven eller fördröjd rehabilitering, felaktigt utförd nutritionsbehandling och katetervård samt fördröjd läkemedelsbehandling. Avvikelseerna som kommunen skickat till regionen berör främst bristfällig information mellan vårdgivare samt bristfällig eller utebliven läkemedelshantering.

### **Analys**

Följsamhet till avvikelseprocessen har inte förändrats nämnvärt för hälso- och sjukvårdsavvikelser sedan 2021. För fallavvikelser ses viss förändring. Antalet rapporterade fallhändelser som hanterats i samtliga steg ligger kvar på ungefär samma nivå som tidigare år men antal fallavvikelser som inte är hanterade alls har minskat betydligt, från 23% till 4%, vilket är positivt.

Tre områden sticker ut. Antalet fallhändelser har ökat från dryga 6000 till dryga 7000 sedan 2021. Det är en ökning på drygt 1000 fallhändelser. Av dessa har fall som genererat i en skada ökat mest. Det öppnar upp för frågor kring om det beror på att verksamheterna arbetar sämre med fallförebyggande insatser. Det andra området är rapporterade trycksår som har mer än fördubblats sedan föregående år. Även det kan tyda på att verksamheterna brister i det förbyggande arbetet eller att verksamheterna i högre utsträckning rapporterar dessa händelser som avvikelser. Under året har brister identifierats inom trycksårsområdet och utifrån det har åtgärder planerats. Antingen är det ökade antalet avvikelser ytterligare ett kvitto på de brister som identifierats eller så har verksamheterna redan blivit bättre på att skriva avvikelser vid trycksår. Det tredje området är rapporterade händelser om att narkotika saknas vid kontrollräkning. Även dessa avvikelser har mer än fördubblats under de senaste fyra åren.

Antalet avvikelser till och från Region Örebro län har ökat marginellt jämfört med föregående år. Det ökade antalet tros inte bero på att fler händelser inträffat än tidigare men att fler avvikelser skrivits och delgivits vårdgrannen vilket är positivt.

Projekt ”Avvikelser i samverkan” som pågått sedan 2022 under ledning av Vårdförhållanden och folkhälsa - Regional utveckling har pausats under 2024 då regionen inte deltagit med den representation som krävs. Arbetet kommer att återupptas under 2025. Syftet är att skapa struktur och förbättra analys och hantering av avvikelser i samverkan mellan regionen och kommunerna.

### **Åtgärder och uppföljning**

Samtliga verksamheter beskriver att de under året arbetat med att skapa en tydligare struktur för arbetet med avvikelser med teamet och andra enheter när det är aktuellt. Olika återkommande forum för hantering av avvikelser har skapats och möten har nu stående punkter för avvikelseprocessen. Chefer för särskilt boende för äldre samt chefer för legitimerad personal har som uppdrag under 2025 att skapa en gemensam samverkansstruktur för att bland annat komma till rätta med teamträffar. Några av verksamheterna beskriver ett förbättringsarbete kring förtydligande av avvikelseprocessen samt att rutiner implementerats och att utbildning genomförts. Verksamheter beskriver att det har lett till bättre systematik och kontinuitet i avvikelseprocessen. Arbetet med att involvera samtliga medarbetare fortsätter där baspersonal får kännedom om hur och varför avvikelser ska skrivas samt att legitimerad personal tar ansvar för de delar som berör dem. Det har bidragit till ett lärande inom flera verksamheterna med ökat kollegialt stöd och en bättre och snabbare hantering av inkomna avvikelser.

Under året har kartläggning gjorts av sår vilket visade ett stort antal trycksår. Utifrån detta har utbildning kring förebyggande vård för trycksår genomförts för personal inom område Vård och omsorg samt Funktionsstöd. Ny kartläggning kommer att genomföras 2025 för uppföljning.

För att kunna arbeta med förbättringsarbete har plattformen Power BI införts i kommunen som en hjälp för verksamheterna att sammanställa, följa och analysera avvikelser regelbundet på enhetsnivå.

## **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 ska rapporteras i digital avvikelsemodul eller registreras i det centrala diariet och hanteras av ansvarig chef. Klagomål och synpunkter som kommer in via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg och berör hälso- och sjukvård, läggs in i det centrala diariet och bedöms av medicinskt ansvariga som i sin tur antingen utreder eller lämnar över hanteringen till ansvarig enhetschef. De klagomål och synpunkter som genererat en utredning av medicinskt ansvarig sammanställs i patientsäkerhetsberättelsen.

### **Identifiering**

Av totalt 19 859 rapporterade avvikelser är 793 registrerade som synpunkt/klagomål. Av dessa är 134 inom området Hälso- och sjukvård.

Tre synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården har kommit från patientnämnden. Dessa handlar om palliativ vård, otydlighet om ansvar kring egenvård kontra hälso- och sjukvård samt brister i sårvård.

## Analys

Det råder fortfarande osäkerhet hos verksamheten om hur klagomål och synpunkter ska hanteras. Verksamheten har svårt att avgöra vilka klagomål och synpunkter som ska rapporteras, om det bara är de där verksamheten bedöms brista eller även de som mer handlar om önskemål om vården och som direkt hanteras eller besvaras. Därför rapporteras inte alla klagomål och synpunkter. Det finns också flera olika alternativ när det gäller rapportering vilket en del chefer upplever som komplicerat; avvikelsemodul i journalsystem, digital blankett på orebro.se och diariet W3D3.

Genomförda fokusgruppsintervjuer med patienter och anhöriga visar att informationen om hur klagomål och synpunkter kan framföras är bristfällig.

Det saknas övergripande struktur för sammanställning och analys av de klagomål och synpunkter som kommit in och som hanterats av verksamheterna i de olika systemen. Det gör att en samlad analys av resultatet inte blir möjlig att göra.

## Åtgärd

Vårdgivaren behöver se över hantering av klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvård och säkerställa att muntliga klagomål dokumenteras i avvikelssystemet för en samlad bild och ett lärande.

Verksamheterna behöver bli bättre på att informera patienter, anhöriga och personal om möjligheten att rapportera klagomål och synpunkter.

Ny modul för avvikelseprocessen kommer att införas under 2025 som blir en del i detta arbete.

# Öka riskmedvetenhet och beredskap



*Hur vårdgivaren planerar för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Resiliens är en beskrivning av organisationens kapacitet eller förmåga att stå emot och klara av en förändring, samt att återhämta sig och vidareutvecklas.*

Givet det säkerhetspolitiska läget har totalförsvarsfrågorna kommit i fokus och bland annat har mål för detta satts upp i kommunens ”Övergripande strategier och budget” som nämnderna ska arbeta med. I Socialförvaltningen utgår pågående och planerade aktiviteter från en analys som genomfördes 2023 då Örebro kommun ansökte om ett statsbidrag för arbetet med att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, KHOSS. Analys genomfördes för

- planeringsförutsättningar
- möjlighet att upprätthålla ordinarie verksamhet vid avbrott och störningar
- samverkan och ledning
- utbildning och övning
- upphandling och samverkan med privata aktörer
- målgruppsanpassad kriskommunikation.

Under 2024 har ytterligare statsbidrag beviljats till Örebro kommun. Dessa medel har gått till kompetensutveckling, lönekostnader samt kostnad för genomförande av utredning av reservlösningar för el-, vatten-, och värmeförsörjning inom alla särskilda boenden för äldre samt

några särskilda boenden inom område Funktionsstöd.

Inom Vård och omsorg finns en säkerhetssamordnare som informerar område Vård och omsorgs ledningsgrupp och stöttar vid olika typer av händelser. Vård och omsorgs ledningsgrupp har haft övningar i stabsmetodik utifrån olika scenarion. I verksamheten finns ingen upparbetad ordning för att systematiskt öva olika scenarion som påverkar patientsäkerheten.

Vård och omsorg har arbetat med kontinuitetshantering på övergripande nivå. Arbeta med prioriterade områden har lett till översyn och framtagande av rutiner och styrdokument. Inom kommunen genomförs en översyn över förvaltningarnas arbete med detta och det kommer tas ett omtag kring arbetet med kontinuitetshantering.

Inom kommunen finns ett kommunövergripande krisberedskapsforum sedan augusti 2022 där Vård och omsorgs säkerhetssamordnaren ingår. Syftet med forumet är att samordna kommunens arbete med att förbereda och förebygga kriser, uppbyggnad av en krigsorganisation och kommunens roll i det civila försvaret. Arbetet omfattar även den kommunal hälso- och sjukvården. Forumet fungerar som ett nätverk för de inom kommunen som arbetar med frågor om krisberedskap och civilt försvar där de kan dela erfarenheter samt lyfta och hantera gemensamma frågeställningar och problem.

Krisberedskapsforumet skapar även möjlighet till kommungemensamma utbildningar och projekt som till exempel risk- och sårbarhetsanalyser, kontinuitetsplanering och krigsorganisation. Forumet ska skapa koppling och närhet mellan den centrala planering som sker på kommunstyrelsenivå (KSF/Säkerhet) och den som sker inom förvaltningen och dess verksamheter.

Under 2024 startades ett nätverk med länets kommuner inom ramen för KHOSS-arbetet. Arbetet har visat att det finns behov av samverkan och att lära av varandra. Nätverket ska ses som ett informellt nätverk och som ett komplement till befintliga nätverk så som till exempel MAS/MAR-nätverket. I nätverket samlas personer som har fått i uppdrag att arbeta med KHOSS för att dela erfarenheter och goda exempel och se om det finns områden man kan samverka kring.

Under året har förvaltningen arbetat med att forma arbetssätt och organisation för krisberedskap och civilt försvar. Detta arbete fortgår framöver samtidigt som det sker framtagande av styrdokument, strukturer och genomförande av åtgärder utifrån KHOSS-analysen.

Förvaltningen har sökt statsbidrag för KHOSS för 2025 men beslut om bidraget har ännu inte kommit från Socialstyrelsen. Förvaltningen tänker fortsätta arbetet med de åtgärder som identifierats i KHOSS-analysen. Det finns fortsatt utvecklingsbehov inom området. Arbetet med kontinuitetshantering behöver fortsätta och förfinas. Det behöver tas fram en krisledningsplan, pandemiplan, utbildning – och övningsplan, evakueringsplan och masskadeplan. Det finns behov av regelbundna övningar på alla nivåer för att vara väl förberedda inför olika kriser. Det finns även behov av att utreda och upprätta ett lager för förbrukningsartiklar.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

*Analys av året som gått, reflektioner över kommande utmaningar och mål för patientsäkerhetsarbetet 2025.*

Med tanke på mängden genomförda åtgärder utifrån tidigare identifierade brister, är den positiva effekten liten. Inom områden som hälso- och sjukvårdsdokumentation, palliativ vård samt kognitiv svikt och demenssjukdom har flertalet utbildningsinsatser genomförts. Detsamma gäller basal hygien, som under pandemin dessutom hade ett enormt fokus. Trots det syns inga förbättringar i resultatet av genomförda egenkontroller. Örebro kommun behöver göra en analys varför önskad effekt inte uppnås.

Ett gott exempel som identifieras under 2024 är arbetet med samledarskap inom särskilt boende för äldre. Att organisera olika professioner under olika chefer kan leda till att verksamheterna arbetar i stuprör och brister i teamsamverkan. I stället har enhetscheferna under ledning av verksamhetschefer arbetat aktivt med att stärka det gemensamma ledarskapet och hittat metoder för att kvalitetsutveckla tillsammans. Lokala kvalitetsforum med tydlig struktur och syfte har skapat goda förutsättningar för den systematiska uppföljningen av patientsäkerheten och att utvärdera och utveckla processen för överläten hälso och sjukvård.

Under 2025 finns flera utmaningar med påverkan på hälso- och sjukvården och patientsäkerheten. Nya verksamhetssystem för journalföring och vaccinationer ska införas vilket kommer att kräva mycket resurser och tid under hösten för implementering och nya arbetssätt. Verksamheterna behöver ta höjd för detta i planeringen då det kommer att påverka utförandet av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förändringar av kommunens kvalitets- och ledningssystem är en annan utmaning.

Nuvarande system QPR försvinner i mars och det är fortfarande oklart vad som ska ersätta det gamla och hur. Detta kommer att kräva utbildningsinsatser och tid för implementering, för chefer och stödpersoner.

Handlingsplaner för ökad patientsäkerhet har tagits fram under året, både för område Funktionsstöd och område Vård och omsorg, vilket är positivt. Planerna innehåller mål och delmål samt åtgärder och aktiviteter, utifrån de bristområden och behov som högsta ledningen identifierat. Handlingsplanen bedöms kunna ge verksamheterna stöd i det grundläggande patient- och kvalitetsarbetet men kräver engagemang. Områdeschefer och verksamhetschefer behöver aktivt ta ansvar för handlingsplanen, följa upp och involverar sina verksamheter och medarbetare i arbetet.

## Mål för 2025

Målen för 2025 års patientsäkerhetsarbete utgår från område Vård och omsorgs och Funktionsstöds respektive långsiktiga handlingsplaner för patientsäkerhet. För närmare beskrivning av de åtgärder och aktiviteter som är planerade utifrån nedanstående mål hänvisas till områdenas respektive handlingsplaner.

### Område Vård och omsorg

- **Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete**
  - Öka patientmedverkan
- **Öka kunskapen om inträffade vårdskador**

- Mätning och sammanställning av information om vårdskador internt och externt
- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
  - I vård och behandling
  - I samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården
  - Medicintekniska produkter
- **Säker vård här och nu**
  - Dagligt patientsäkerhetsarbete
  - Säker bemanning
- **Stärka analys, lärande och utveckling**
  - Spridning av kunskap och lärdomar

## Område Funktionsstöd

- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
  - I vård och behandling
  - I samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården
  - Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador
  - Verktyg, metoder och arbetssätt för patientsäkert arbete
  - Ändamålsenliga vårdmiljöer

## Bilagor

1. Funktioner med spetskompetens
2. Gränslös samverkan
3. Utredningar av allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada
4. Statistik avvikelser

## Bilaga 1. Funktioner med spetskompetens

Beskrivning av medarbetare med specialistkompetens eller annan spetskompetens, med uppdrag att driva utveckling inom olika områden. Dessa funktioner har betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett stöd för verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare i att säkerställa en god och säker vård.

### AKA - adjungerad klinisk adjunkt

Under år 2024 beslutade socialcheferna att se över AKA-organisationen i länets kommuner. En länsgemensam organisation startades för att tillgodose akademiseringen i kommunal verksamhet och säkerställa kvaliteten på verksamhetsförlagd utbildning. Örebro kommun är värdkommun och samordnar adjunkterna för alla kommuner i länet. Totalt har organisationen 15 AKA för sjuksköterskeprogrammet och 7 AKA för arbetsterapeutprogrammet. Av dessa arbetar 6 distriktsköterskor och 2 arbetsterapeuter i Örebro kommun. Genom den gemensamma organisationen får adjunkterna bättre förutsättningar för att vara ute i verksamheterna och stötta handledarna vilket leder till en ökad trygghet för handledarna och bättre kvalitet på den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Kommunernas adjunkter har varit en viktig del i utvecklingen av arbetsterapeut- och sjuksköterskeprogrammet på universitetet, vilket leder till att den kommunala vården synliggörs på ett annat sätt. Dessa faktorer kan i sin tur främja kompetensförsörjningen framåt och minska glappet mellan akademien och den kliniska verksamheten.

### Dietist och ombud för mat, måltid och nutrition

Inom Socialförvaltningens område Vård och omsorg finns en dietist med uppdrag att utbilda och utveckla arbetet med mat, måltid och nutrition. Dietisten driver ett nätverk med ombud för området. Ombuden är drygt 200 och består av undersköterskor, arbetsterapeuter och sjuksköterskor inom särskilt boende, hemsjukvård och dagverksamheter. Ombudens uppdrag är att sprida inspiration, kunskap och driva utveckling i den egna verksamheten, utifrån respektive yrkesroll. Ombuden ska vara ett stöd för kollegor och enhetschef i relaterade frågor.

### Enheten för omvårdnadshjälpmedel

Omvårdnadshjälpmedel är arbetstekniska hjälpmedel som behövs för att på ett säkert sätt ge vård och omsorg till människor med olika funktionsnedsättningar, både utifrån patientsäkerhet och arbetsmiljö. Enheten för omvårdnadshjälpmedel tillhör verksamhetsområde Förebyggande inom område Vård och omsorg och ansvarar för att tillhandahålla och leverera säkra hjälpmedel som är funktionella utifrån den enskildes behov. Processen från upphandling, förskrivning, användande, besiktning, rekonditionering till utträngning regleras av författningar.

Utsedd enhetschef ansvarar för processer och arbetssätt för omvårdnadshjälpmedel. Medicinskt ansvariga har ett övergripande ansvar, är sakkunniga och ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för de medicintekniska produkter som kommunen hanterar. Två hjälpmedelskonsulenter ansvarar för inköp, upphandling, kontakt med leverantörer samt att ge råd och stöd till förskrivare och tekniker vid enheten. Verksamhetens tekniker ansvarar för att leverera, returnera, rekonditionera, serva och besiktiga omvårdnadshjälpmedel.

Förskrivning av omvårdnadshjälpmedel är en hälso- och sjukvårdsåtgärd och görs i huvudsak av arbetsterapeuter och till viss del av sjuksköterskor och fysioterapeuter. Omvårdnadshjälpmedel från Enheten för omvårdnadshjälpmedel får förskrivas av legitimerad personal som tillhör Örebro kommun men även Region Örebro län och vissa externa vårdgivare som har en överenskommelse om detta genom avtal. Förskrivningar sker till patienter inom särskilda boendeformer och till personer i ordinärt boende.

### **Enheten för uppföljning**

Enheten för uppföljning tillhör Socialförvaltningen och är organiserade inom Förvaltningskansliet. Enheten ansvarar för att ta fram förfrågningsunderlag (avtal) när verksamheter som bedriver socialtjänst och hälso- och sjukvård ska upphandlas. För att ställa samma krav på kvaliteten för egenregins verksamheter tas så kallade basuppdrag fram, som så långt som möjligt speglar kraven i jämförbara avtal. Avtal och basuppdrag följs sedan upp vid kvalitetsuppföljningar.

Enheten för uppföljning genomför uppföljningar av privata utförare och utförare i Örebro kommuns regi, i de verksamhetsområden som är konkurrensutsatta enligt LOU (lagen om offentlig upphandling) och LOV (lagen om valfrihet). Inom Vård- och omsorgsnämnden följs omvårdnad, service, matjänst samt särskilt boende för äldre upp. Inom Funktionsstödsnämnden följs bostad med särskilt stöd och service (BMSS) samt daglig verksamhet upp. Avtalscontrollers är ansvariga för de uppföljningar som genomförs minst en gång vart tredje år i enlighet med riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning.

För de delar som omfattar hälso- och sjukvård kan enheten vända sig till medicinskt ansvariga för att få vägledning och stöd. Medicinskt ansvariga är sakkunniga för området hälso- och sjukvård. Det gäller bland annat framtagandet av metod för uppföljning samt rådgivning och stöd till avtalscontrollers vid bedömning av brister. Medicinskt ansvariga deltar även vid revidering och framtagande av förfrågningsunderlag och i avtal när det gäller hälso- och sjukvård.

### **Förflyttningsinstruktörer**

Drygt 10 arbetsterapeuter arbetar 10% av sin tjänst som förflyttningsinstruktörer. Förflyttningsinstruktörerna har särskild kompetens inom förflyttningskunskap och ansvarar för att utvärdera och förbättra befintligt utbildningskoncept i manuell förflyttningskunskap och förflyttning med personlyft. Konceptet innehåller grundläggande introduktions-, repetitions- och fördjupningsutbildning.

Både förflyttningsinstruktörer och ordinarie arbetsterapeuter håller tillsammans i den grundläggande introduktionsutbildningen. Fram till efter sommaren har samtliga anställda arbetsterapeuter haft i uppdrag att hålla i utbildningen men från hösten 2024 har en mindre grupp bestående av ungefär 20 arbetsterapeuter (varav 10 förflyttningsinstruktörer) övertagit ansvaret. Syftet är att säkra utbildningarnas kvalitet och förändringen kommer att utvärderas.

Förflyttningsinstruktörerna håller i fördjupnings- och repetitionsutbildningarna. De håller även i särskilda förflyttnings- och lyftutbildningar för sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Två av förflyttningsinstruktörerna har en samordnande funktion i gruppen och ansvarar bland annat för att planera och organisera samtliga utbildningstillfällen som erbjuds.

Utbildningarna tillhandahålls till verksamheterna inom område Vård och omsorg, område Funktionsstöd samt privata utförare i syfte att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön vid manuella förflyttningar och förflyttning med personlyft.

### **Hygienombud**

I riktlinje om basal hygien ställs krav på att funktionen hygienombud ska utses för varje arbetsplats som bedriver patientnära vård. Hygienombud arbetar utifrån uppdragsbeskrivning med ansvarsförbindelse och ska genomgå obligatorisk grundutbildning som anordnas av hygiensköterska på "Vårdhygien och smittskydd" inom Region Örebro län. Ombudets roll är att fungera som arbetsplatsens kontaktperson i vårdhygienfrågor och att sprida kunskap samt att vara ett stöd för kollegor i hygienfrågor. Hygienombudet ska i samverkan med chef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska praktiskt verka för en god vårdhygienisk standard i verksamheten.

### **Instruktörer i klinisk bedömning**

Vid försämrat hälsotillstånd ska sjuksköterska använda ett beslutsstöd för att få vägledning i vilken vårdnivå (primärvård eller specialistvård) som patienten har behov av. Arbetssättet med beslutsstöd är en del i ViSam, regionens och kommunernas gemensamma samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Örebro kommun har sex instruktörer som ansvarar för att utbilda alla sjuksköterskor i klinisk bedömning och att använda beslutsstödet. Under 2024 utbildades 65 sjuksköterskor av instruktörerna.

### **Kognitiva stödteamet**

Kognitiva stödteamet startade hösten 2018 och består av specialistsjuksköterska, arbetsterapeut och specialistundersköterska. Teamet har specialistkompetens inom området äldre och demens och har i uppdrag att kvalitetssäkra vården och omsorgen till personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Vanliga uppdrag som teamet får är konsultationsuppdrag med handledning i individärenden där klinisk bedömning och utredningen ingår, att planera och genomföra utbildningsinsatser på olika nivåer samt utveckling av arbetsmetod med BPSD-registret som plattform. Teamet driver nätverk för alla enheters utsedda BPSD-administratörer för att säkerställa kompetens och utveckling av arbetssätt.

Kognitiva stödteamet har ett särskilt uppdrag att följa upp personer som har fått en demensdiagnos men som i dagsläget inte vill eller behöver stöd från kommunal hemsjukvård eller dagverksamhet. Detta i syfte att arbeta förebyggande och säkerställa att dessa personer får det stöd de behöver.

Kognitiva stödteamet är också stjärninstruktörer och utbildar enligt Stjärnmärkt, en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum. När verksamheten genomgått de kompetensinsatser, utbildningar och aktiviteter som ingår blir den certifierad och stjärnmärkt. Certifieringen följs kontinuerligt upp för att säkerställa att verksamheten lever upp till de krav som certifieringen ställer.

### **Kvalitetsstödande sjuksköterska**

Kvalitetsstödande sjuksköterska har i uppdrag att vid behov stödja sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende för äldre, där brister eller svårigheter identifierats i hälso- och sjukvårdsprocessen. Funktionen är ett tidsbegränsat uppdrag som följs upp var sjätte månad och som har funnits sedan juni 2022.

### **Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård**

Örebro kommun har en projektjänst på heltid med uppdrag som kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård. Uppdraget är statsbidragsfinansierat och medel finns fram till och med mitten på 2025. Uppdraget består huvudsakligen av att arbeta med kvalitet på en övergripande nivå kopplat till patientsäkerhet samt hälso- och sjukvård och dess processer. Det kan handla om att leda olika kvalitetsarbeten eller utveckla och hålla i utbildningsinsatser. Kvalitetsutvecklarens uppdrag beslutas på HSL-forum där medicinskt ansvariga och andra ledningspersoner inom Vård och omsorg samt Funktionsstöd ingår.

### **Läkemedelssamordnare**

En sjuksköterska per enhet har uppdrag att stödja enheten att utveckla arbetet för en säker läkemedelshantering och följsamhet till aktuella riktlinjer. Nätverket läkemedelssamordnare leds av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Medicinsk strateg**

Område Vård och omsorg har en läkare projektanställd som medicinsk strateg på deltid. Uppdraget är bland annat att stärka den medicinska kvalitén, arbeta med omställningen till Nära vård samt utveckla samverkan med Region Örebro län och öka förståelsen för hur respektive aktörs hälso- och sjukvård fungerar.

### **Palliativ vård samordnare och ombudsorganisation**

TVå sjuksköterskor med specialistkompetens inom palliativ vård, har ett övergripande ansvar för att kvalitetssäkra och samordna den palliativa vården tillsammans med MAS och verksamheterna. I uppdraget ingår att utveckla och upprätthålla kompetens inom palliativ vård i samtliga verksamheter samt att handleda och ge råd och stöd till personal i palliativ vård.

Palliativa vård samordnare (PVS) följer resultat av nationella kvalitetsindikatorer med stöd av Svenska palliativregistret och kommunicerar dessa till verksamheten. De samverkar regelbundet med Region Örebro län via palliativa sektionen och palliativa rådet. PVS samordnar kontakten mellan vårdcentraler och kommunen för patienter med palliativ remiss från slutenvården där hemsjukvård kan bli aktuellt. De är även en stödfunktion i samverkan mellan regionens ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och utförare av omvårdnad i kommunen. Genom utbildningsinsatser på olika nivåer och ett arbete med ombudsorganisation säkerställer PVS kompetens och kvalitet i verksamheterna. PVS upprättar årsberättelse för sitt och ombudsorganisationens arbete samt kommunens resultat för palliativ vård.

För att stärka och bredda kompetensstyrningen inom palliativ vård i verksamheten finns en organisation med palliativa ombudssamordnare och ombud. Ombudsorganisationen är grunden i arbetet för att höja kunskapsnivån kring palliativ vård och för att utveckla ett teambaserat arbetssätt för den palliativa patienten. Ombud och ombudssamordnare arbetar enligt uppdragsbeskrivning och deras arbete leds av PVS.

### **Referensgrupp kognitiv svikt och demenssjukdom**

Referensgruppen är en arbetsgrupp som tillskapades i samband med att kognitiva stödteamet startades. Gruppens syfte är att vara en länk mellan verksamheterna, kognitiva stödteamet och ledningsgrupp samt att följa upp kvalitén och identifiera behov av utveckling. I referensgruppen finns en tvärprofessionell kompetens av olika yrkesprofessioner och funktioner från område Vård och omsorg.

### **Sårsjuksköterskor**

Sedan 2022 finns fem sårsjuksköterskor i Örebro kommun fördelat enligt följande; tre inom hemsjukvården, en inom hälso- och sjukvårdsenheten och en inom särskilt boende för äldre. Uppdraget innebär att utveckla och upprätthålla kompetens inom området sårvård. Sårsjuksköterskan ska vara ett stöd genom att handleda och utbilda kollegor samt medverka till att varje patient får en utredning som leder till diagnos. De ska arbeta för att behandlande madrasser förskrivs utifrån rätt kriterier och arbeta för att rutiner för sårvård är kända och efterföljs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska är sammankallande för gruppen.

### **Utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation**

En sjuksköterska och en arbetsterapeut har som del av sin tjänst ett uppdrag som utbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De utbildar all legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras. Uppdrag och organisation för utbildarna är fastställt av ledningsgrupp i Vård och omsorg. Utbildarna har ansvar för att utveckla, planera och genomföra utbildningar i dokumentation samt skapa och revidera manualer. Under 2024 har utbildarnas haft ett utökad uppdrag med att skapa en struktur i det nya journalsystemet som ska införas. På grund av det utökade uppdraget har inga utbildningar och nätverksträffar genomförts under året.

Förutom utbildare finns också utsedda handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation med uppdrag att stödja och handleda kollegor i dokumentationsfrågor i det dagliga arbetet på arbetsplatsen. De träffas i ett nätverk som samordnas av utbildarna. Handledarna är också ett stöd för cheferna när det gäller egenkontroll i dokumentation och genomförandet av kollegial journalgranskning. Handledarna är liksom utbildarna en viktig del i arbetet för god kvalitet av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

## Bilaga 2. Gränslös samverkan

Beskrivning av de verksamheter och funktioner som bedrivs och bekostas genom gränslös samverkan. Gränslös samverkan är ett begrepp som används för verksamheter och funktioner som drivs och bekostas gemensamt av Örebro kommun, Region Örebro län och/eller länets övriga kommuner i samverkan. Syftet är att med gemensamma krafter kunna erbjuda invånaren en patientsäker god och nära vård av hög kvalitet där resurser används effektivt.

### **Tullhuset – korttidsenhet**

Tullhuset har korttidsplatser med fokus på utredning och individuell rehabilitering efter exempelvis en sjukhusvistelse. Målet med vistelsen är att klargöra patientens fortsatta behov av vård och omsorg samt tillgodose behovet av träning och rehabiliterande insatser. Tullhusets korttidsplatser har till skillnad från övriga korttidsplatser läkare och fysioterapeuter från Region Örebro län som ingår i grundbemanningen, och därmed arbetar tätt ihop med kommunens arbetsterapeuter, sjuksköterskor och baspersonal. Arbetsterapeut och fysioterapeuter arbetar tillsammans med rehabiliteringsinsatser och alla som kommer till Tullhuset får en bedömning av behov av rehabilitering och träning. Verksamheten har också rehabiliteringsassistent som en resurs för att utföra ordinerad träning för patienterna tillsammans med baspersonalen.

### **Primärvårdens kognitiva mottagning (tidigare Ängens minnesmottagning)**

Primärvårdens kognitiva mottagning bedrivs 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 deras anhöriga. Utredningen genomförs av ett tvärprofessionellt team bestående av läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska och anhörigkonsulent.

### **Hygiensjuksköterska**

Hygiensjuksköterska är en länsgemensam resurs som finansieras av länets kommuner där anställningen är på Region Örebro läns enhet "Vårdhygien och smittskydd". 2024 utökades uppdraget från en till en och en halv heltidstjänst. Hygiensjuksköterska har i uppdrag att ge kommunerna råd, handledning och utbildning, utarbeta vårdhygieniska riktlinjer samt bistå vid vårdhygienisk egenkontroll/hygienrond (VEK) i vissa verksamheter. De samverkar hygienfrågor med regionens Smittskydd och länets kommuners medicinskt ansvariga.

## Bilaga 3. Utredningar av allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada

Sammanställning och sammanfattning av de utredningar som genomförts under 2024 av de händelser som bedömts som allvarliga när det gäller konsekvens eller risk.

Sammanställning och sammanfattning av de utredningar som lett till Lex Maria anmälan under 2024.

### Händelse 1

Patienten får ett trycksår som utvecklas till trycksår kategori 4 och blir infekterat. Patienten får till följd av såret ett utökat behov av vård och omsorg och det påverkar även patientens sociala liv negativt då hen har svårt att fira jul med sina närstående. Bedömningen är att trycksåret inte hade behövt få en sådan allvarlig utveckling om det hanterats korrekt.

### Identifierade brister

Såret är odiagnostiserat och knapphändigt beskrivet av sjuksköterska i journal och beskrivs till en början som ett hudavskrap i rygglutet. Det visar sig senare att beskrivningen av sårets lokalisering är felbedömt av sjuksköterska, det är inte lokaliserat i rygglutet utan på ena skinkan. Såret utvecklas till trycksår kategori 3 och uppföljning av såret av sjuksköterska brister. Behandlande madrass förskrivs men såret är fortsatt fullt och utvecklas till trycksår kategori 4.

### Åtgärder

- Se över hur befintliga sårsköterskors uppdrag ska se ut för att de ska vara ett stöd för patientansvarig sjuksköterska vid sårbehandling.
- Genomföra utbildning i trycksårspåbyggande arbete för sjuksköterska, arbetsterapeut, baspersonal och chefer i Örebro kommun.
- Strukturera upp arbete med trycksår och säkerställa följsamhet till riktlinjer och dokumentation.
- Genomföra åtgärder i hemsjukvården Sydost för att få högre kontinuitet hos patient och förbättra teamsamverkan mellan sjuksköterskor och hemtjänst.
- Samverka med ledningen för Region Örebro läns vårdcentraler och lyfta behovet av att förbättra samverkan mellan läkare och sjuksköterska vad gäller sår.

### Händelse 2

Patient på växelboende som efter 3 dagar skickas in akut till sjukhuset med en stor mängd urin i urinblåsan som inte har uppmärksammats på boendet. Patienten blir efter händelsen kronisk kateterbärare.

### Identifierade brister

Brister i dokumentation, rapportering mellan arbetspass, planering och uppföljning av vården och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

### Åtgärder

Anställning av sjuksköterskor, daglig avstämning, rapporteringsmöjligheter skapas mellan arbetspass och rapporteringsrutin uppdateras samt uppdateras personal på aktuella riktlinjer och rutiner.

### Händelse 3

Patient kommer till korttidsenhet för rehabilitering efter en månads sjukhusvistelse på grund av förlamning i ben och bål till följd av en inflammatorisk process i hjärna och ryggmärg. Under de 6

veckorna på korttidsenheten utvecklas ett trycksår i ryggslutet som blir alltmer omfattande. Patienten försämras i sitt allmäntillstånd och läggs in på sjukhuset. Det nu mycket omfattande trycksåret kräver tre operationer. En fjärde operation planerades men komplikationer tillstöter och patienten avlider på sjukhuset.

#### **Identifierade brister**

Händelsen har bedömts som en allvarlig vårdskada och anmälts till IVO av medicinskt ansvarig sjuksköterska då uppkomst och utveckling av det omfattande trycksåret hade kunnat undvikas helt eller delvis med ändamålsenliga åtgärder. Konsekvensen av det omfattande trycksåret som krävde revidering under operation vid tre tillfällen, kan inte uteslutas ha en direkt eller indirekt påverkan på att patienten senare avled.

#### **Åtgärder**

- Se över hur befintliga sårjuksköterskors uppdrag ska se ut för att de ska vara ett stöd för patientansvarig sjuksköterska vid sårbehandling.
- Genomföra utbildning i trycksårsförebyggande arbete för sjuksköterska, arbetsterapeut, baspersonal och chefer i Örebro kommun.
- Strukturera upp arbete med trycksår och säkerställa följsamhet till riktlinjer och dokumentation.

#### **Händelse 4**

Patient med svårslakt sår på foten. Patienten använder ett glidtäcke, ett förflyttningshjälpmedel i sängen för att möjliggöra självständiga förflyttningar. Glidtacket innebär en ökad risk för glidning ur säng vilket finns tydligt dokumenterat och kommunicerat till medarbetarna på enheten. Sårjuksköterska med spetskompetens som vanligtvis inte arbetar på boendet, får ett avgränsat uppdrag att bedöma och behandla patienten. Patienten drabbas av en falloolycka från sängen då sänggrinden inte fälls upp när patienten lämnas ensam. Patienten drabbas av en fraktur på första halskotan där skelettet flyttats ur sin normala position. Patienten avlider till följd av sina skador.

#### **Identifierad brist**

Sänggrind fälldes inte upp och som bakomliggande orsak identifieras brister i informationsöverföringen. Utredningen visar att sårjuksköterskan inte fått information om det specifika glidtäcke som låg i sängen hos patienten och den ökade risk för glidning ur säng som fanns. Sårjuksköterskan hade heller inte uppmanats att läsa den aktuella vårdplanen för glidtacket när hon fick uppdraget att ta över ansvaret för patientens sårbehandling.

#### **Åtgärder**

Se över och säkra rutiner för informationsöverföring för medarbetare med spetskompetens som får tillfälliga och avgränsade uppdrag hos patienter på andra enheter.

## Bilaga 4. Statistik avvikelser

Rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och fallavvikelser för 2024 visas nedan utifrån egenkontroll om följsamhet till avvikelseprocessens samtliga steg och antal avvikelser inom respektive område och aktivitet. Jämförelse görs med år 2021-2023.

### Följsamhet till avvikelseprocessen

Avvikelseprocessen innehåller 6 steg; *Rapportera, Utredda, Bedöma, Åtgärda, Följa upp och Avsluta*. Samtliga steg ingår i kravet på hur en händelse som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada ska hanteras och dokumenteras.

### Antal hanterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i respektive processteg

År	Steg 1 Rapportera	Steg 2 Utreda		Steg 3 Bedöma		Steg 4 Åtgärda	Steg 5 Följa upp	Steg 6 Avsluta
		Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda			
2021	4886	866	4020	767	3253	2928	2488	2373
2022	4386	1001	3385	461	2924	2614	2246	2133
2023	4589	505	4084	521	3563	2860	2463	2387
<b>2024</b>	<b>5464</b>	<b>581</b>	<b>4886</b>	<b>546</b>	<b>3645</b>	<b>3464</b>	<b>2945</b>	<b>2868</b>

\* Anges när händelsen inte är orsakad av brister i den egna eller annan verksamhet och processen avslutas utan fortsatta åtgärder och avvikelser avslutas.

2024

Av 5464 rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser är

- 10 % inte hanterade i något steg (581 av 5464)
- 62 % hanterade i samtliga steg (546+2868= 3414)

2023

- 11 % inte hanterade i något steg (505 av 4589)
- 63 % hanterade i samtliga steg (521+2387= 2908)

2022

- 23% är inte hanterade i något steg (1001 av 4386)
- 59% är hanterad i samtliga steg (461+2133 = 2594)

2021

- 18% är inte hanterade i något steg (866 av 4886)
- 64% är hanterade i samtliga steg (767 + 2373 = 3140)

### Antal hanterade fallavvikelser i respektive processteg

År	Steg 1 Rapportera	Steg 2 Utreda		Steg 3 Bedöma		Steg 4 Åtgärda	Steg 5 Följa upp	Steg 6 Avsluta
		Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda			
2021	6370	1154	5216	3427	1789	1553	1274	1215
2022	6866	1596	5270	3399	1869	1581	1211	1093
2023	6978	337	6641	3479	3161	2132	1893	1828
<b>2024</b>	<b>7449</b>	<b>318</b>	<b>7131</b>	<b>3679</b>	<b>2803</b>	<b>2484</b>	<b>2139</b>	<b>2066</b>

\* *Anges när händelsen inte är orsakad av brister i den egna eller annan verksamhet och processen avslutas utan fortsatta åtgärder och avvikelser avslutas.*

2024

Av 7449 rapporterade fallavvikelser är

- 4 % inte hanterade i något steg (318 av 7449)
- 77 % hanterade i samtliga steg (3679 + 2066 = 5745)

2023

- 5 % inte hanterade i något steg (337 av 6978)
- 76 % hanterade i samtliga steg (3479 + 1828 = 5307)

2022

- 23% är inte hanterade i något steg (1596 av 6866)
- 65% är hanterade i samtliga steg (3399 + 1093 = 4492)

2021

- 18% inte är hanterade i något steg (1154 av 6370)
- 73% är hanterade i samtliga steg (3427 + 1215 = 4642)

### Antal avvikelser inom olika områden

Vid rapportering kategoriseras hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL-avvikelser) i *Område* och *Aktivitet* enligt nedan. Fall är en egen kategori och rapporteras för sig längst ner i tabellen.

Resultatet för 2024 redovisas i kolumnen längst till höger. Jämförelse görs med 2021, 2022 och 2023 års resultat.

Område + antal	Aktivitet	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
<b>HSL/Hälso- och sjukvård</b>	Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	388	304	361	<b>452</b>
	Fördröjd hälso- och sjukvård	103	104	111	<b>141</b>
	Utebliven hälso- och sjukvård	355	222	219	<b>270</b>
	Journalföring	165	39	36	<b>36</b>
	Munhälsa	4	6	1	<b>7</b>
	Trycksår	19	28	25	<b>56</b>
	Vikt förlust - ofrivillig	1	1	0	<b>4</b>
	Vårdrelaterad infektion	6	5	4	<b>0</b>
	Bemötande	36	36	50	<b>29</b>
	Bruten sekretess	6	7	10	<b>0</b>
	Tillgänglighet – Svårighet att nå personal/ledning	25	28	38	<b>33</b>
<b>HSL/Information</b>	Regionen – felaktig/fördröjd/uteliven information/planering	28	37	47	<b>38</b>
	Felaktig/fördröjd/uteliven information - kommunen	107	105	134	<b>113</b>
<b>HSL/Läkemedel</b>	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel iordningställt, bristande hantering)	469	711	731	<b>901</b>
	Ordnationsinformation – felaktig/fördröjd/uteliven	311	374	361	<b>469</b>
	Utebliven behandling – (glömd dos, ej iordningställd dos)	1224	1584	1436	<b>1780</b>
	Läkemedel saknas vid kontrollräkning (narkotika)	485	705	918	<b>1062</b>
	Läkemedel (en felaktig aktivitet i modulen 2021)	1047	5	0	<b>0</b>

<b>HSL/MTP</b>	Felaktig/fördröjd/utebliven leverans	11	4	6	<b>5</b>
	Handhavandefel	72	63	61	<b>58</b>
	Produktsfel	18	12	10	<b>10</b>
<b>Summa:</b>		4880	4380	4559	<b>5464</b>
<b>Fall</b>	Fall med skada	1290	1361	1336	<b>1502</b>
	Fall utan skada	5079	5505	5641	<b>5947</b>
<b>Summa fall:</b>		6369	6866	6977	<b>7449</b>

## Bilaga 5 Genomförda riskanalyser

Nedan presenteras de riskanalyser som genomförts under 2024 inför olika händelser i verksamheten. Syftet med riskanalys är att identifiera potentiella risker som skulle påverka patientsäkerheten, så att åtgärder kan sättas in för att minimera eller eliminera dessa risker.

### Hemvården (hemtjänst och hemsjukvård)

#### Identifiering

En riskanalys med patientsäkerhetsfokus har genomförts gemensamt inom hemtjänst och hemsjukvård utifrån en organisationsförändring inom hemtjänsten med ändrade enhetsgränser. Flera risker identifierades. Bland annat att teamarbetet och samverkan mellan legitimerade och baspersonal blir sämre, att baspersonal inte har kännedom om de patienter de ska behandla med ökad risk för felaktig vård och behandling, oro och rädsla hos patienter och personal samt att följsamhet till delegeringsrutin försvåras. Riskanalysen gjordes väldigt sent i processen, åtgärdsarbetet hann inte påbörjas innan förändringen trädde i kraft och som en följd av detta inträffade flera av de identifierade riskerna.

#### Analys

Hemtjänsten behöver bli bättre på att göra riskanalyser kopplade till patientsäkerhet i god tid inför planerade förändringar. Detta för att undvika att onödiga brister uppstår. Det råder okunskap om skillnaden mellan riskbedömning som genomförs utifrån arbetsmiljö och riskanalys som genomförs utifrån patientsäkerhet som innebär att patientsäkerhetsperspektivet ofta helt missas av ledningen. Verksamheten uppgav att riskanalysen identifierade flertal förslag på åtgärder och att den framför allt gav värdefulla gemensamma diskussioner mellan yrkeskategorier om grundläggande svårigheter som finns och har funnits under lång tid.

#### Åtgärder

Flera åtgärder planerades, bland annat att hemtjänst och hemsjukvård behövde träffas och gemensamt planera för den organisationsförändring som skulle genomföras, att regelbundna träffar behövdes för att gemensamt planera det dagliga arbetet, att informationsbrev till berörda patienter om förändringen skulle skickas ut, att kontaktvägar mellan baspersonal och legitimerade behövde säkerställas och att baspersonal och sjuksköterska följer delegeringsrutinen.

#### Uppföljning av åtgärder

Veckovis uppföljning har skett efter verkställd förändring. Flera brister har identifierats vid dessa tillfällen, exempelvis att avvikelser inte kommit till rätt chefer, patienter har legat på fel inlägglista i Lifecare vilket försvårat planeringen för utskrivning från slutenvården och hemtjänsten har inte haft tillräckligt många delegerade baspersonal för att kunna utföra den hälso- och sjukvård som överlätits. Särskilda möten och åtgärder har vidtagits för att säkerställa en säker delegering.

### Hemsjukvård

#### Identifiering

Riskanalys har skett inför övertagandet av LSS-verksamhet (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade) från Hälso- och sjukvårdsenheten till Östernärke hälso- och sjukvård. Risker som identifierades var att legitimerad personal får en ny patientgrupp med särskilda behov som de inte känner, att det kan ta tid att lära känna patienterna och att det finns risk att delegerade och fördelade insatser försvåras då legitimerad personal inte har kännedom om baspersonalen och deras kompetens.

#### Åtgärder

Planerade åtgärder var bland annat att de legitimerade som ska ta över ansvaret går bredvid nuvarande legitimerade inför övertagandet, så att både personal och patienter känner sig trygga. Tid för överrapportering och att rekrytering av arbetsterapeut med LSS-kompetens behöver göras.

## Uppföljning av åtgärder

Förändringen kommer träda i kraft i slutet av januari och uppföljning är planerad till våren 2025.

## Särskilt boende för äldre

### Identifiering

Flera riskanalyser har genomförts inom hälso- och sjukvårdsorganisationen på särskilda boenden för äldre. Det framkommer inte tydligt vilka risker som identifierades men i de flesta av riskanalyserna framkom vikten av tydliga rutiner och arbetssätt samt behov av samarbete och samverkan mellan verksamheter.

### Åtgärder

- **Samledarskap:** Införandet av ett samledarskap i samband med ny hälso- och sjukvårdsorganisation, legitimerad personal har inte sin närmaste enhetschef på plats fysiskt vilket kan upplevas som en utmaning utifrån ledning och styrning.
- **Utökning av enhetschef hälso- och sjukvård:** En ny indelning skapades när en utökning av ytterligare en enhetschef för hälso- och sjukvården ökades, detta resulterade i att områden förändrades där man hunnit uppjobba en samverkan mellan legitimerad personal. Antalet medarbetare/hälso- och sjukvårdschef minskade i och med utökningen av enhetschef vilket bidrar till att enhetschefernas tid för varje medarbetare ökar.
- **Blockad Vårdförbundet:** Riskanalys utifrån patientsäkerhet då det var en övertids- och nyanställningsblockad. Detta medförde att fler sjuksköterskor anställdes innan blockaden vilket bidrog till en högre kontinuitet av sjuksköterskor och mer tid för enhetschef att vara i ett nära ledarskap.
- **Sammanslagning av kväll/helg-sjuksköterskor:** Samtliga sjuksköterskor som arbetar kväll/helg utgår från samma lokal. I riskanalysen framkom behovet av tydliga rutiner och arbetssätt. Förändringen bidrog till ett utökat kollegialt stöd och samverkan då man i högre utsträckning kunde hjälpa varandra då man rent fysiskt utgick från samma lokal.
- **Införande av Röda Spår** på Klosterbacken och Skebäcksgården, patienter som finns på Tullhuset med mer avancerad medicinska behov ska kunna tas emot på Klosterbacken och Skebäcksgården. Planering av utbildningar, bredvid gångar, inköp av MTP och säkerställa en god bemanning av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och baspersonal.

## Uppföljning av åtgärd

Uppföljning av åtgärdsplaner görs kontinuerligt, samtliga som deltagit vid riskanalysen deltar även vid uppföljningarna. Samtliga åtgärder och hur dessa arbetas med sprids till legitimerad personal.

## Område Funktionsstöd

### Identifiering

Inom området har riskanalyser genomförts inför sommaren, inför värmebölja och vid förändringar i verksamheten. Det är lite otydligt vilka risker som kan kopplas till patientsäkerhet men de risker som identifierats är ökad risk för stress i arbetsmiljön, ökad risk för hot och våld, risk för psykisk ohälsa både för servicemottagare och medarbetare samt risk för liv och hälsa.

### Analys

Område Funktionsstöd har identifierat att det finns brister i verksamheternas kunskap om riskanalyser och dess syfte. Många gånger blandar verksamheterna ihop riskbedömningar på individnivå där risker för brukaren ska identifieras med riskanalyser där organisatoriska brister ska identifieras.

### **Åtgärder**

En chatt för chefer om sommarplaneringen skapades inför sommaren för att underlätta kommunikation och samarbete. Även en gemensam introduktionsdag för verksamhetsrådets vikarier genomfördes för att öka kompetens för arbetsuppgifterna som väntade, bland annat i dokumentationskunskap.

En verksamhet uppger att man inte genomförde alla åtgärder vilket ledde till en onödigt stor påverkan på verksamheten. Till exempel säkerställdes inte att alla vikarier hade kännedom om rapporteringsstrukturen SBAR (som ska användas vid förändrat hälsotillstånd).

### **Uppföljning av åtgärder**

Uppföljningar har skett på diskussionsmöten, APT, personalträffar och teamträffar med HSE. En uppföljning visade att flera vikarier saknade utbildning i lyftteknik vilket verksamheten kommer att titta djupare på till nästa sommar. En annan verksamhet uppger att riskanalysen har lett till en välfungerande sommar med god personaltäckning och bra samarbete mellan verksamheter.

## **LOV utförare**

### **Identifiering**

Risicanalys har genomförts för spridning av smittor, felaktig förvaring av hygienmaterial, inför sommar- och julleddigheter samt risk vid rekrytering där man bland annat har svårt att hitta rätt kompetens.

### **Åtgärder**

Upprättande av rutiner för hantering av hygienmaterial. Utbildning till personal. Tidig planering inför sommar och jul där man också säkerställt att personal med rätt kompetens finns kvar i verksamheten. Vikarier eller ny personal har introducerats i god tid innan sommaren vilket gett möjlighet till självständigt arbete redan innan sommarens ledigheter. Medarbetare har vid flera tillfällen gått igenom riktlinjer och rutiner.

### **Uppföljning av åtgärder**

Har dels skett genom att följa avvikelser kopplande till bemanning och kompetens. Genomgång och återkoppling till personal på APT med fokus på lärdomar och förbättringsmöjligheter.

### **Identifiering**

En LOV-utförare har genomfört riskanalys med fokus på samverkan mellan kommunens legitimerade och deras roll som extern utförare. Analysen har identifierat brister i samarbetet som bedöms kan ha en påverkan på kvaliteten. Följande områden har identifierats som kritiska områden som påverkar patientsäkerheten:

- Delegeringsprocessen: legitimerade vårdpersonal följer inte de gemensamma digitala rutinerna för delegering vilket kan leda till missförstånd och felaktiga vårdinsatser.
- Avvikelseprocessen: bristfälliga metoder för hantering av avvikelser riskerar patientsäkerheten genom försenade eller uteblivna åtgärder.

### **Åtgärder**

Åtgärder som har vidtagna är utifrån bristerna är att man har inlett dialog med berörda chefer för att standardisera och förbättra processerna

### **Uppföljning av åtgärder**

Åtgärder som implementerats för att förbättra delegeringsprocessen har redan börjat visa resultat genom en smidigare och mer effektiv kommunikation mellan baspersonal och de legitimerade.