

Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2021

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet

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

Mål och strategier för 2021

Utifrån de brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2020 fattades beslut om fyra målområden för 2021 års patientsäkerhetsarbete.

- **Hälso- och sjukvårdsansvar** – tydliggöra ansvar för ledningsfunktioner
- **Hälso- och sjukvårdsprocessen** – tydliggöras för legitimerade och chefer
- **Systematiskt kvalitetsarbete** – öka kunskapen och utveckla arbetsätt
- **Kompetensstyrning och kompetensutveckling** – struktur behöver fastställas

På respektive nämnd beslutades att verksamheten skulle utforma handlingsplaner i dialog med medicinskt ansvariga, för fortsatt arbete med måluppfyllelse. Arbetet har pågått men varit svårt för verksamheten att prioritera på grund av pandemin. Nedan sammanfattas åtgärder som har genomförts eller påbörjats under året.

Åtgärder som vidtagits utifrån målområden

Hälso- och sjukvårdsansvar – tydliggöra ansvar för ledningsfunktioner

- Utöver dialog i olika forum om hälso- och sjukvård och patientsäkerhet där ansvarsfördelning tydliggjorts har inga riktade aktiviteter genomförts under året.

Hälso- och sjukvårdsprocessen – tydliggöras för legitimerade och chefer

- Nya riktlinjer i syfte att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras har fastställts men implementering kvarstår. Utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation har fått genomgång av riktlinjerna för att i sin tur kunna utbilda och handleda kollegor.
- Implementering av reviderade riktlinjer om palliativ vård, läkemedelshantering och demenssjukdom har påbörjats.

Systematiskt kvalitetsarbete – öka kunskapen och utveckla arbetsätt

- Riktade åtgärder för att öka kunskap och arbetsätt för en ökad patientsäkerhet har inte genomförts. Däremot har dialogen mellan medicinskt ansvariga och verksamhetschefer om patientsäkerhet förbättrats där egenkontroller och riskanalyser har haft fokus.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling – struktur behöver fastställas

- Styrgrupp HSL (verksamhetschefer, utvecklingsledare, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare) har fortsatt att utveckla, samordna och leda uppdrag för internutbildare i dokumentation, kliniskbedömning, förflyttningsinstruktörer, läkemedelssamordnare och ny funktion sårvårdssjuksköterskor.

Resultat och analys

Hälso- och sjukvårdsansvar

Det finns inga rapporterade resultat för målområdet. Analysen är dock att förutsättningar har skapats för förbättrad dialog om hälso- och sjukvårdsfrågor och ansvar för den högsta medicinska ledningen, verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga. Fortfarande ses brister i beslutsprocesser i verksamheten där man inte ser och tar hänsyn till konsekvenser för patientsäkerheten, till exempel vid organisatoriska förändringar.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Riktlinjer har tagits fram och reviderats men inga resultat kan ännu utläsas förrän de implementerats. Implementeringen blir avgörande för vilket resultat som verksamheterna kommer att uppnå och hur man lyckas minimera identifierade brister. Stödfunktioner i form av utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation, läkemedelssamordnare, palliativa vårdssamordnare med tillhörande ombudsorganisation, demensteam och utbildade instruktörer för Stjärnmärkt, kommer att vara viktiga i detta arbete och de är av stor vikt att verksamheterna gör det möjligt för dem att utföra sina uppdrag.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna har en medvetenhet om vikten av att arbeta strukturerat för att få en ökad patientsäkerhet. Goda exempel finns men fortfarande saknas en tydlig gemensam struktur och kultur där man utifrån resultat av genomförda egenkontroller, riskanalyser och avvikelser får ett lärande i organisationen som leder till förbättringar.

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

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

Vård- och omsorgsförvaltningen har utvecklat sin kompetensutvecklingsplan men det saknas en övergripande strategi och struktur med tydlig ansvarsfördelning för kompetensstyrning och utbildningar gällande hälso- och sjukvård som inkluderar båda förvaltningarna samt externa utförare.

För en hållbar kompetens räcker det inte bara med att delta på utbildningar utan den behöver kompletteras med handledning i det dagliga arbetet. Befintliga stödfunktioner med spetskompetens är en tillgång som om de används fullt ut kan bidra med detta.

Egenkontroller, Riskanalyser och Utredning av avvikelser

Inga riktade åtgärder har genomförts för att öka kunskapen om hur underlag från egenkontroller, riskanalyser och avvikelser analyseras för att användas i kvalitetsarbetet. Däremot har tertialrapporter sammanställts till verksamhetscheferna som underlag för fortsatt analys, reflektion och diskussion om resultaten med sina respektive verksamheter.

Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser

Årets resultat av patientsäkerhetsarbete har till stor del påverkats av pandemin. Fokus på att hantera pandemin har bidragit till att ledningen prioriterade arbetet med att minska smittspridning samt att genomföra vaccinationer. Planerade utvecklingsarbeten och kompetensinsatser har delvis fått skjutas upp och en del patientsäkerhetsarbete har blivit eftersatt.

Mål och strategier 2022

Samma mål som tidigare kvarstår för att fullfölja det åtgärdsarbete som planerats men inte helt hunnit genomföras. Fokus behöver ligga på implementering av och följsamhet till nya och reviderade riktlinjer. Förutsättningar för verksamheterna att delta i det arbetet behöver prioriteras samt att funktioner med spetskompetens bereds förutsättningar att hålla i arbetet.

Innehåll

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet	3
Mål och strategier för 2021	3
Åtgärder som vidtagits utifrån målområden.....	3
Resultat och analys	3
Coronapandemin – åtgärder och konsekvenser	4
Mål och strategier 2022.....	4
Innehåll.....	5
Inledning	6
STRUKTUR.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Patienters och närståendes delaktighet	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Klagomål och synpunkter.....	16
Egenkontroll	16
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	17
Mål och strategier för 2021 - Åtgärder	17
Riskanalys.....	20
Utredning av händelser - vårdskador.....	21
Informationssäkerhet	23
RESULTAT OCH ANALYS.....	24
Målområden och strategier 2021 – Resultat och analys	24
Egenkontroller	27
Uppföljningar av kvalitetsindikatorer och följemått	32
Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning.....	36
Avvikelse	36
Klagomål och synpunkter.....	39
Riskanalys.....	39
Coronapandemin.....	40
Samlad analys av medicinskt ansvarig.....	43
Mål och strategier för 2022	44

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen 2021 sammanfattar vårdgivaren Örebro kommuns arbete med patientsäkerhet under året och är sammanställd av medicinskt ansvariga.

Patientsäkerhetsberättelsen presenteras under fyra huvudrubriker:

- Struktur – beskriver organisation, ansvar och arbetssätt i Örebro kommun.
- Process – beskriver de åtgärder som genomförts under året för att förbättra identifierade brister.
- Resultat/Analys – beskriver resultatet av arbetet under året och analys av detta.
- Mål och Strategier för 2022.

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

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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

Utifrån de brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2020 fattades beslut om fyra målområden för 2021 som verksamheterna ska förbättra och utveckla som ett led i att stärka patientsäkerheten. Besluten fattades i programnämnd social välfärd och respektive driftsnämnd för Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser.

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

Beslut togs av respektive nämnd att verksamheten ska utforma handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga.

Organisation och ansvar

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

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

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

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

Vårdgivaren Örebro kommun – egenregin

Funktionsstödsnämnden, Hemvårdsnämnden och Vårdboendenämnden, har för sitt respektive område ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Nämnd ska ta del av och följa upp vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

En vårdgivares ansvar omfattar att:

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

Chefsorganisationen i respektive förvaltning beskrivs nedan:

Vård- och omsorgsförvaltningen:

- förvaltningschef med ansvar för verksamhetschefer
- verksamhetschef med ansvar för enhetschefer
- enhetschef med ansvarar för personal

Förvaltningen för sociala insatser:

- förvaltningschef med ansvar för verksamhetschefer
- verksamhetschef med ansvar för avdelningschefer
- avdelningschef med ansvar för enhetschefer
- enhetschef med ansvarar för personal.

Arbeterapeuter och sjuksköterskor (legitimerad personal) är organiserade i Vård- och omsorgsförvaltningen (VoO). På vård- och omsorgsboenden och inom förebyggande verksamheter organiseras legitimerad personal inom respektive enhet. Legitimerad personal som arbetar inom hemvården och funktionsstödsområdet är centralt organiserade i en gemensam verksamhet. Enn grupp legitimerade arbetar enbart mot förvaltningen för sociala insatser (HSE).

Barn och unga

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

Vårdgivaren Örebro kommun – externa utförare

Örebro kommun har externa utförare inom hemtjänst och daglig verksamhet som bedrivs utifrån lagen om valfrihet (LOV). Det finns även externa utförare av daglig verksamhet och gruppboende enligt LSS. En gruppboende enligt LSS bedrivs av en extern utförare upphandlat enligt LOU.

Under året har antalet externa utförare av hemtjänst varit mellan sju och tio. För dessa utförare ansvarar egenregins hälso- och sjukvårdsorganisation (hemsjukvården) för den kommunala hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef enligt HSL

Alla verksamheter som är egna vårdgivare ska enligt lagstiftning ha en verksamhetschef utsedd för den hälso- och sjukvård som bedrivs. I Örebro kommun är det förvaltningschef för Vård- och omsorgsförvaltningen som är verksamhetschef HSL. Ansvar för verksamheter som externa utförare när de utför hälso- och sjukvård på uppdrag av vårdgivaren Örebro kommun.

Verksamhetschef HSL 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.

Medicinskt ansvariga

Funktionen medicinskt ansvariga regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt hälso- och sjukvårdsförordningen. Ansvar innebär ett särskilt medicinskt ansvar för:

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

Örebro kommun har fem medicinskt ansvariga, två medicinskt ansvariga för rehabilitering och tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar bland annat genom att fastställa riktlinjer och styrdokument för hur hälso- och sjukvården ska utföras, utvärdera och kontrollera verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet. Medicinskt ansvariga ansvarar även för att vid behov utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Samarbetet mellan verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga är centralt och tillsammans utgör de formellt den högsta medicinska ledningen för kommunal hälso- och sjukvård. Fram till juni 2021 var medicinskt ansvariga organisatoriskt placerade inom Myndighetsverksamheten. Efter det har de övergått till Vård- och omsorgsförvaltningen, direkt underställda förvaltningschef och tillika verksamhetschef HSL.

Chefer

Chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten. Chefer ansvarar för att kontinuerligt arbeta med att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete.

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

Medarbetare

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

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

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

Styrgrupp HSL – samordna och leda internt utbildare – del av kompetensstyrning

Styrgruppens uppgift är att identifiera utvecklingsområden för behov av kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård och utarbeta förslag på hur kompetensutveckling kan genomföras. Styrgruppen lämnar sina framtagna underlag till Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp för beslut. Gruppen består av verksamhetschef med samordningsansvar för hälso- och

sjukvårdsfrågor inom vård och omsorgsboende, verksamhetschef för hemsjukvården, verksamhetsutvecklare och medicinskt ansvariga. Gruppen har även ett övergripande samordningsansvar för de internutbildare som finns för bland annat förflyttningutbildning och lyftkörkort, hälso- och sjukvårdsdokumentation och klinisk bedömning och beslutsstöd.

Funktioner med spetskompetens – del av kompetensstyrning

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

AKA - adjungerad klinisk adjunkt. Örebro kommun har 6 adjungerade kliniska adjunkter, 3 sjuksköterska och 3 arbetsterapeut. Det huvudsakliga uppdraget som AKA innebär att samordna och stödja de studentansvariga sjuksköterskor och arbetsterapeuter som finns i verksamheten. AKA är också länken till Örebro universitet och fungerar som förmedlande länk mellan universitetet och den kommunala verksamheten i senaste evidens och forskning inom omvårdnad och arbetsterapi.

Demensteamet. Demensteamet 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 demenssjukdom. Konsultationsuppdrag med handledning i individärenden där klinisk bedömning och utredningen ingår, utbildningsinsatser på olika nivåer samt utveckling av arbetsmetod med BPSD-registret som plattform, är huvuddelar av deras arbetsuppgifter. Teamet driver nätverk för alla enheters utsedda BPSD-registratorer för att säkerställa kompetens och utveckling av arbetssättet.

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

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

Referensgrupp demensvård. En arbetsgrupp, tillskapad i samband med att demensteamet startades. I referensgruppen finns en tvärprofessionell kompetens av olika yrkesprofessioner och funktioner från tre verksamhetsområden; vård- och omsorgsförvaltningen, myndighetsverksamheten och extern utförare av vård- och omsorgsboende. Gruppens syfte är att vara en länk mellan verksamheterna, demensteamet och ledning. Referensgruppen är sakkunniga inom demensområdet som lyfter frågor och behov inom demensområdet och driver förbättringsarbete för att kvalitetssäkra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom.

Dietist inom Vård- och omsorgsförvaltningen har uppdrag att utveckla arbetet med mat, måltid och nutrition. Dietist driver nätverk med ombud för mat, måltider och nutrition. Ombuden erhåller en grundläggande utbildning och deltar därefter kontinuerligt på centrala möten för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte som är en del i arbetet för en god kvalitet avseende mat, måltider och nutrition samt att höja ombudens kompetens bland annat avseende utredning och behandling vid risk för undernäring.

Ombuden är drygt 200 undersköterskor, arbetsterapeuter, sjuksköterskor inom dagverksamhet, hemvård och vård- och omsorgsboende med lokala uppdrag att fokusera på inspiration, kunskap och utveckling inom området. Under 2021 har ett särskilt fokus lagts på ombud inom korttidsvården, där också dietist auskulterat under året.

Förflyttningsinstruktörer. Åtta arbetsterapeuter arbetar 10% av sin tjänst som förflyttningsinstruktör. Förflyttningsinstruktörer är särskilt utbildade i ergonomi och förflyttnings teknik och har tillsammans ansvar för att organisera, planera och genomföra utbildningar. Två av förflyttningsinstruktörerna har ett utökat ansvar och mer tid för att samordna arbetet. De ska även kontinuerligt utvärdera och förbättra befintligt förflyttningskoncept. På detta sätt säkerställer arbetsgivaren patientsäkerheten och arbetsmiljön vid manuella förflyttningar och förflyttning med personlyft.

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

Handrehabilitering. Fyra arbetsterapeuter använder 10 % av sin tjänst till att ta emot remisser från läkare för bedömning och behandling av personer med vissa handdiagnoser där behov av förebyggande och funktionsuppehållande behandling/träning krävs. Denna resurs har utökats under 2021 med 10 %.

Hygienombud. Ny funktion som alla arbetsplatser som bedriver patientnära vård ska ha tillgång till. De arbetar utifrån uppdrag i riktlinjen för basal hygien och skriver på en ansvarsförbindelse. Hygienombudets 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. De utbildas av hygiensjuksköterska.

Instruktörer för utbildning klinisk bedömning. Arbets sättet med beslutsstöd som är en del i ViSam modellen, kräver att kommunerna upprätthåller kompetens inom området klinisk bedömning kopplat till beslutsstödet. Kommunerna i Örebro län ansvarar för att det finns sjuksköterskor med instruktörskompetens, som har i uppdrag att utbilda sjuksköterskor inom sina respektive verksamheter. Välfärd och folkhälsa Region Örebro län administrerar instruktörsutbildningen tillsammans med samverkansledarnätverket.

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. Förtydligad organisation och uppdrag för läkemedelssamordnare är beslutad av ledningen 2021. Även externa vårdgivare deltar. Under hösten har genomgång av ny riktlinje för läkemedelshanteringen varit i fokus för vidare implementering på respektive enhet av läkemedelssamordnarna.

Palliativ vård samordnare (PVS). 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. Genom utbildningsinsatser på olika nivåer och ett arbete med ombudsorganisation säkerställer PVS kompetens och kvalitet i verksamheterna. De följer resultat av nationella kvalitetsindikatorer med stöd av Svenska palliativregistret och kommunicerar resultat till verksamheten.

Samverkan sker 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 bidrar till samverkan för patienter inskrivna i avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) med Region Örebro Län och utförare av omvårdnad. PVS upprättar årsberättelse.

Utbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation. Två sjuksköterskor och en arbetsterapeut (del av året) har på 10% av sin ordinarie tjänst uppdrag som utbildare i hälso- och

sjukvårdsdokumentation. De utbildar legitimerad personal i egenregi i journalsystem Treserva. Uppdrag och organisation för utbildarna är framtagna av styrgrupp HSL och fastställt av förvaltningsledningen.

Utbildarna har ansvar för att utveckla, planera och genomföra utbildningar om dokumentation och system kopplade till dokumentation (Treserva, NPO, Lifecare, digital signering) och för att skapa eller revidera manualer. Under senare delen av året har de haft en viktig roll i att implementera nya riktlinjer för att förbättra kvaliteten på hälso- och sjukvårdsprocessen och hälso- och sjukvårdsdokumentation under ledning av medicinskt ansvariga. Sedan hösten är en av utbildarna anställd som objektspecialist och en har tillfälligt utökad tid för sitt uppdrag för att möta det omfattande utbildningsbehovet som är identifierat.

Utbildarna driver ett nätverk för handledare för hälso- och sjukvårds dokumentation som finns representerade inom dagverksamhet, hemsjukvård och vård- och omsorgsboende med uppdrag att fokusera på att stödja och handleda kollegor med kunskap om dokumentation och hur det ska hanteras i aktuella verksamhetssystem. Handledareorganisation är en del i arbetet för god kvalitet av hälso- och sjukvårds dokumentation. De kommer även att ansvara för egenkontrollen kollegial journalgranskning.

Medicinsk strateg

Vård- och omsorgsförvaltningen har anställt en läkare med funktion medicinsk strateg på 50% i två år. Uppdraget är bland annat att höja den medicinska kompetensen i kommunen, arbeta med omställningen till Nära vård och utveckla samverkan med Region Örebro län och öka förståelsen för hur respektive aktörs hälso- och sjukvård fungerar.

Enheten Omvårdnadshjälpmedel

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

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

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

Enheten för uppföljning

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

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

Verksamheter för gränslös samverkan mellan kommunen och Region Örebro län

Mobila närsjukvårdsteamet

Närsjukvårdsteam drivs av Örebro kommun och Region Örebro län i samverkan. Syftet är att ge individanpassad, trygg och samordnad vård i hemmet, för att minska ej nödvändiga besök på akutmottagning och minska den enskildes vistelsetid på sjukhuset. Teamet består av läkare och sjuksköterskor som är i tjänst dagtid, måndag till fredag. Målgruppen för inskrivning i förstärkt hemsjukvård är personer som har:

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

Akuta hembesök

Under 2021 har Närsjukvårdsteamet i ett projekt haft ett utökat uppdrag där även akuta hembesök erbjudits till äldre sköra individer. Detta kan ske oavsett boendeform och utan krav på pågående hemsjukvårdsinsatser. Målgrupp är personer som är 65 år eller äldre där hälsotillståndet akut försämras och där:

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

Hittills genomförda utvärderingar av teamets arbete med akuta hembesök visar att 7 av 10 patienter annars skulle ha fått sin vård via sjukhuset akutmottagning och att 7 av 10 patienter där teamet påbörjat sjukvårdande insatser i hemmet har kunnat vårdas utan upptrappning till sjukhusvård eller behov av vård via sjukhusets akutmottagning. Berörda samarbetspartners i vården (sjuksköterskor i hemsjukvården, läkare inom primärvården, sjuksköterskor inom ambulansverksamheten) uttrycker samstämmigt i genomförd enkätundersökning att teamets arbete med akuta hembesök ökat kvaliteten i vården och varit positivt för deras egen arbetssituation. En avslutande utvärdering av projektet med akuta hembesök kommer att redovisas till årsskiftet.

Tullhuset – korttidsenhet

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

Ängens minnesmottagning

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

Länsgemensam resurs som finansieras av kommunerna

Hygiensjuksköterska

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan mellan verksamheter i kommunen

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

Struktur för hantering av pandemin

Inför sommaren 2021 gick den centrala staben för hantering av coronapandemin i viloläge. En samordningsgrupp för fortsatt hantering av pandemin inrättades istället för den centrala staben. Grupperingens syfte är att skapa ett forum för informationsdelning och samordning mellan förvaltningar och kommundirektören/kommunledningen avseende kommunens fortsatta pandemihantering. Samverkan sker även med Länsstyrelsen. Målet är att samverka över förvaltningsgränserna för att skapa goda förutsättningar för att bibehålla en god verksamhetsnivå och samtidigt hantera de eventuella konsekvenser som pandemin medför.

Inom Förvaltningen för sociala insatser återgick den stabsorganisation som inleddes 2020 till normal drift utan förhöjd beredskap den 1 oktober och i Vård och omsorgsförvaltningen kvarstår stabsorganisationen. Medicinskt ansvariga har haft regelbundna avstämningsmöten med verksamhetschef enligt HSL. På dessa möten har rådande läge följts upp vad gäller smitta och vaccinationer samt hur man arbetat med patientsäkerhet, hygien och smittskydd.

Samverkan mellan kommun och Region Örebro län

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

Samverkansledare

I varje länsdel finns en samverkansledare som stöd för länsdelssamverkan och Örebro har en. Tjänsten 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 initiera förbättringsarbete utifrån behov.

Förstärkt samverkan covid-19

Arbetsgruppen förstärkt samverkan tillsattes under 2020 i syfte att stärka samverkan mellan regionen och kommunen i arbetet med covid-19. Gruppen har regelbundet under året fram till 1 september träffats för att samordna insatser för att hantera pandemin. Efter den 1 september hanteras frågor gällande Covid-19 i den ordinarie samverkansstrukturen.

Postcovid -19

Under året har en arbetsgrupp med representanter från Region Örebro län och länets kommuner tagit fram nya styrdokument för omhändertagande av postcovid-19 patienter i Örebro län. Dokumenten är ett stöd för olika professioner (inklusive arbetsterapeuter i kommunen) vid utredning, bedömning och rehabilitering av vuxna patienter med fortsatta besvär efter Covid-19.

Utredning, behandling och rehabilitering ska utföras i första hand inom primärvården. Ett teambaserat omhändertagande på vårdcentraler kommer att tillämpas. Arbetsterapeut, som har sin anställning i kommunen, har ett primärvårdsuppdrag och inkluderas i teamet.

Primärvården kan vid behov remittera vidare till en ny grupp specialister inom specialiserad vård som benämns Multidisciplinär konferens postcovid (MDK postcovid).

Bedömningsstöd och remisskriterier finns framtagna och spridda inom hälso- och sjukvården.

Från kommunerna deltar arbetsterapeuter i teamarbetet på vårdcentral runt de här patienterna.

Nätverk för medicinskt ansvariga i Örebro län

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

Vårdkedjegruppen Örebro

I Örebro län finns fyra länsdelsgrupper som har i uppdrag att organisera länsdelsarbetet för att uppnå målen i aktivitetsplan kopplad till regional handlingsplan *Sammanhållen vård och omsorg 2019–2022*. Vårdkedjegruppen bereder frågor från och till länsdelsgruppen. I arbetsgruppen finns representanter från Örebro kommun samt Region Örebro läns slutenvård och öppenvård.

Vårdkedjegruppens uppdrag:

- Utföra uppdrag som delegeras från Länsdelsgruppen.
- Utarbeta metoder och rutiner för vårdkedjan som fastställs av Länsdelsgruppen.
- Utvärdera och vid behov komma med förslag till förändring/förbättring av gällande rutiner och metoder.
- Utgöra operativ arbetsgrupp för sammanhållen vårdkedja mellan sjukhus, primärvård, psykiatri och Örebro kommun.
- Uppmärksamma och analysera avvikelser i vårdkedjan samt föreslå förändring.

ViSam

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

Centrum för hjälpmedel

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

Samverkan för god och nära vård

Projektledare på Välfärd och folkhälsa har uppdrag att leda arbetet med att ta fram en ny överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet mellan regionen och länets kommuner. Detta arbete påbörjades hösten 2020 och omfattar en mängd olika områden som till exempel medicintekniska produkter, psykiatrisk och somatisk hemsjukvård, gränssnitt arbetsterapeuter och

sjukgymnaster, nutrition och egenvård. Under 2021 har representanter från Örebro kommun deltagit på ett flertal workshops och i arbetsgrupper för att kartlägga och analysera några av de områden som ingår samt identifiera framtida lösningar.

För området nutrition har en ny överenskommelse gällande nutritionsprocessen fastslagits under våren. Den nya överenskommelsen tydliggör samverkan och ansvarsfördelning för nutritionsbehandling. Kommunens dietist har haft uppdraget att ta fram överenskommelsen och har ett fortsatt uppdrag i att implementera den.

Processledare Nära vård

Under hösten har Vård- och omsorgsförvaltningen tillsatt tre processledare med vardera 50% av tjänst för arbetet med Nära vård. Nära vård är en överenskommelse mellan staten och SKR (Sveriges kommuner och regioner) för att nationellt vidareutveckla den nära vården genom att flytta fokus till att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Hälso- och sjukvårdprocessen

Från det att ett behov av hälso- och sjukvård uppmärksammas är utgångspunkten att legitimerad personal aktivt tar reda på och lyssnar in patientens berättelse och beskrivning av sitt hälsotillstånd och behov. För många patienter är anhöriga ett viktigt stöd och kunskapskälla. Utifrån utredningen blir det sedan aktuellt med åtgärder. När alternativa åtgärder finns presenteras de för patienten för att möjliggöra delaktighet i valet av åtgärd. Att göra patienten delaktig i sin vård är en förutsättning för att den själv ska kunna upptäcka eventuella risker i vården och på så sätt vara en del i arbetet mot en patientsäker vård.

Samordnad individuell planering (SIP)

Ett arbetssätt för att göra patienten delaktig i planeringen av vården och omsorgen är en SIP. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst och behov av samverkan och samordning av sina insatser ska en SIP erbjudas. På en SIP deltar patient tillsammans med de professioner och funktioner som ansvarar för insatserna. Gemensamt upprättas en samordnad individuell plan (SIP) och överlämnas till den enskilde och som beskriver vem som ansvarar för vad.

Utredning av vårdskada

I samband med att en händelse utreds som kan innebära en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada informeras patienten och vid behov även anhöriga. De erbjuds att delta i utredningen genom att till exempel lämna redogörelse om händelsen. De informeras också om händelsen anmäls vidare till IVO (lex Maria) eller annan myndighet för vidare utredning samt vad utredningen visat och vilka åtgärder man planerar att vidta.

Brukarråd/Anhörigråd

En del vård och omsorgsboenden har så kallade brukarråd och/eller anhörigråd vilket är ett forum för att inkomma med synpunkter för att påverka lokaler, aktiviteter och annat i verksamheten.

IVOP

På vård- och omsorgsboenden följer man regelbundet upp både insatser utifrån socialtjänst och hälso- och sjukvård vid en så kallad IVOP (individuell vård och omsorgsprocess). Den enskilde och anhöriga bjuds in för att tillsammans med de olika professionerna gå igenom den enskildes behov av insatser och komma överens om hur och när de ska utföras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

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

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

Rapportering och utredning av händelser

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

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

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

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

Klagomål och synpunkter

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

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

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheter läggs in i avvikelsemodul eller registreras i det centrala diariet. Det saknas övergripande struktur för sammanställning och analys av de klagomål och synpunkter som kommit in och som hanterats av verksamheterna. De klagomål och synpunkter som genererat en utredning av medicinskt ansvarig sammanställs i patientsäkerhetsberättelsen.

Egenkontroll

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

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

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

Prioriterade egenkontroller

- Avvikelsehantering,
- basal hygien,
- dokumentation,
- läkemedelshantering.

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

Uppföljning nationella kvalitetsindikatorer och följemått

- Palliativ vård – via palliativregistret,
- vårdprevention – via kvalitetsregistret Senioralert,
- BPSD registreringar – via BPSD registret,
- besiktning av sängar och personlyftar.

Kvalitetsuppföljning av Enheten för uppföljning

Enheten för uppföljning granskar de verksamhetsområden inom Social välfärd som är konkurrensutsatta enligt LOU (lagen om offentlig upphandling) och LOV (lagen om valfrihet). Inom dessa områden följs socialtjänst och hälso- och sjukvård upp hos både externa utförare och motsvarande utförare i Örebro kommuns regi. Avtalscontrollers är ansvariga för de uppföljningar som genomförs. Fram till och med maj 2021 har medicinskt ansvariga deltagit aktivt vid uppföljning av vård- och omsorgsboenden genom att granska och bedöma den hälso- och sjukvård som bedrivs och utförs där. Medicinskt ansvariga har nu en roll som sakkunniga för området hälso- och sjukvård när det gäller bland annat framtagandet av metod för uppföljning samt ge råd och stöd till avtalscontrollers vid bedömning av brister.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659 3 kap. 10 § p 2

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

Mål och strategier för 2021 - Åtgärder

Programnämnd social välfärd beslutade om fyra målområden för årets patientsäkerhetsarbete. Vidtagna åtgärder beskrivs efter respektive målområde.

Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer
- **Dialogträff med Sveriges kommuner och regioner (SKR).** Egenregins ledningspersoner med ansvar för hälso- och sjukvård tillsammans med medicinskt ansvariga deltog. SKR presenterade ett nytt analysverktyg för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna utifrån den nationella handlingsplanen, Agera för säker vård 2020–2024. Arbetet med analysverktyget som gemensam utgångspunkt för fortsatt patientsäkerhetsarbete utifrån nationell handlingsplan har inte påbörjats i Örebro kommun.
- **Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvårdsfrågor – förvaltningen för vård och omsorg**
En verksamhetsutvecklare har tillsatts som bland annat ska kunna ge individuellt stöd till chefer i olika hälso- och sjukvårdsprocesser. Verksamhetsutvecklaren ingår i styrgrupp HSL.

Hälso- och sjukvårdsprocessen:

- att öka kunskapen om legitimerades ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessens alla steg – ta emot vårdbegäran, utreda, bedöma behov och fastställa mål, planera åtgärd, genomföra åtgärd, följa upp
 - att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvårdsprocessen ska journalföras
 - att skapa struktur som möjliggör multiprofessionellt samarbete utifrån den enskildes behov
 - att delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter hanteras på ett säkert sätt
- **Nya riktlinjer** är fastställda för att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdsprocessen och vad som ingår i de olika processtegen samt hur den ska dokumenteras. Samtliga av punkterna ovan har tydliggjorts i tre riktlinjer som ska ses som en helhet och utgöra grunden för all hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunen:
 - Riktlinje Hälso- och sjukvårdsprocessen.
 - Riktlinje Hälso- och sjukvårdsdokumentation.
 - Riktlinje Samverkan, informationsöverföring och sekretess.
 - **Reviderade riktlinjer** är fastställda och följer samma process som beskrivs i riktlinjerna ovan.
 - Riktlinje Ordination och hantering av läkemedel.
 - Riktlinje Palliativ vård.
 - Riktlinje Vård och omsorg vid kognitiv svikt och demenssjukdom.

• Dokumentation av hälso- och sjukvårdprocessen

I början av året fanns tre utbildare i dokumentation på 10 % av tjänst. Under hösten har deras uppdrag tillfälligt utökats. Förändringar från hösten innebär att en utbildare blivit objektspecialist för journalsystemet Treserva, en har fått utökad tid och är resterande tid objektspecialist för digital signering MCSS och tredje utbildaren har uppdrag att införa verksamhetssystem MCSS för digital signering i förvaltningen för sociala insatser.

Ett nära samarbete har utvecklats mellan objektspecialist, utbildarna och med verksamheterna. Hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras hålls samman och integreras med hur det ska hanteras i aktuella system.

Objektspecialister för verksamhetssystem (Treserva, MCSS, TES), har en mer aktiv roll i att ta fram metodstöd och utbilda/handleda verksamhetens användare, både chefer och personal, i hantering av verksamhetssystemen.

Handledare för dokumentation har utsetts på alla arbetsplatser för att kunna ge stöd och nära handledning till kollegor om hur hälso- och sjukvårdsprocessen ska dokumenteras och hanteras i de olika verksamhetssystem som är aktuella. De ingår nu i ett nätverk som leds av utbildarna och vid behov deltar medicinskt ansvariga.

En betydelsefull skillnad mot tidigare är att utbildarna nu har god kunskap, inte bara i verksamhetssystemet och dess funktioner, men också i hälso- och sjukvårdprocessen och hur den ska dokumenteras. Bland annat har utbildare, handledare och objektspecialister fått genomgång av nya och reviderade styrdokument som beskriver hur hälso- och sjukvårdprocessen ska dokumenteras för att kunna möjliggöra detta i befintliga system och integrera det i kommande utbildningar.

Systematiskt kvalitetsarbete:

- att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.
- att riskanalyser genomförs utifrån patientsäkerhet.
- att kunskapen om avvikelseprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder.

- att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.
- att förbättringsarbete blir en del av det dagliga arbetet.
- **Möten om handlingsplan för ökad patientsäkerhet**

Båda förvaltningarna har arbetat med att skapa handlingsplan för att uppnå målen i patientsäkerhetsberättelsen.
- **Egenkontroller**

Utifrån det underlag och information som skickades ut i början av året planerade varje verksamhetsområde in de egenkontroller som skulle genomföras i sina årshjul. Verksamhetschef följer upp resultat på respektive enhet under året. För att kunna följa detta har man inom Förvaltningen Vård och omsorg arbetat med att bygga upp ledningssystemet QPR och skapat enkäter för att samla in information för analys. Förvaltningen för sociala insatser har under året använt ledningssystemet QPR för att planera in och följa upp de egenkontroller verksamheterna ska genomföra.
- **Riskanalyser**

I Vård och omsorgsförvaltningen används analysledare för att hålla i och leda riskanalyserna. De använder sig av framtagna mall och har god kunskap i hur riskanalysen ska genomföras för att analysen ska bli ett bra underlag för beslut och fortsatt systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen för sociala insatser har arbetat aktivt med att synliggöra hälso- och sjukvårdsperspektivet i sina riskanalyser.
- **Avvikelseprocessen**

Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser har utvecklat arbetet med avvikelseprocessen och majoriteten av alla verksamheter har nu rutiner och forum för hantering av avvikelser.
- **Analys av egenkontroller, riskanalyser och avvikelser**

Inga riktade åtgärder har genomförts för att öka kunskapen om hur underlag från egenkontroller, riskanalyser och avvikelser analyseras för att användas i kvalitetsarbetet. Däremot har tertialrapporter sammanställts till verksamhetscheferna som underlag för fortsatt analys, reflektion och diskussion om resultaten med sina respektive verksamheter. Tertialrapporterna har innehållit följemått för palliativ vård, riskbedömning enligt senior alert, rapporterade avvikelser och digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

- att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård.
- **Styrgrupp HSL** har under året fortsatt att driva förutsättningar och utveckla uppdrag för de olika internutbildarna för förflytningsutbildning och lyftkörkort, utbildarna för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt skapat en struktur för internutbildare i klinisk bedömning och ny funktion sårvårdssjuksköterskor.
- **Kompetensstrategi för demensvården**

Demensteamet med enhetschef har fortsatt att utveckla den kompetensstrategi som antogs förra året, där Stjärnmärktcertifiering ingår. Det är en fördjupande utbildning där deltagarna under reflexionsträffar utvecklar det personcentrerade arbetssättet på sin arbetsplats. När 80% av medarbetarna genomgått utbildningen blir arbetsplatsen stjärnmärktcertifierad. Demensteamet har utbildat fyra medarbetare som fått titeln Stjärnmärktinstruktörer och som nu håller i Stjärnmärktutbildningen. Vård och omsorgsboendet Elgströmska och Demenscentrum har under året påbörjat Stjärnmärktutbildningen. Demensteamet har under hösten startat upp utbildningen för BPSD-administratörer igen.

- **Ny organisation för palliativa ombud**

För att stärka och bredda kompetensstyrningen inom palliativ vård i verksamheten har en ny organisation utvecklats för palliativa ombudssamordnare och ombud. Ombudsorganisationen är grunden i arbetet för att höja kunskapsnivån kring palliativ vård och för att utveckla ett teambaserat arbetssätt runt den palliativa patienten. Palliativ vårdssamordnare driver och samordnar nätverk för ombud och ombudssamordnare som arbetar enligt uppdragsbeskrivning antaget av ledningen.

- **Hygienombud – nytt uppdrag**

I ny riktlinje om basal hygien ställs krav på att funktionen hygienombud ska utses på varje arbetsplats som bedriver patientnära vård. De flesta enheter har utsett hygienombud som genomgått obligatorisk grundutbildning för hygienombud som anordnas av hygiensköterska från Vårdhygien Region Örebro län.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4 Hur risker hanteras, vilka riskanalyser och anpassningar som har genomförts där det bedömts att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns utsedda analysledare som utför riskanalyser på beställning av verksamhetschef och förvaltningschef. De använder mall för riskanalys och rapport enligt kommunens metodhandbok för riskanalys. Förvaltningen för sociala insatser använder sig att samma mall men har inte utsedda analysledare. Där ansvarar chef för att hålla i riskanalysen som vid behov tar hjälp av planerare eller samordnare.

Genomförda riskanalyser – identifierade risker

Risakanalys har gjorts utifrån Covid-19, bemanning, läkemedelshandling, samverkan och palliativ vård. En del har gjorts på enhetsnivå och en del på verksamhetsnivå där flera enheten ingår.

Covid – 19

Elva verksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen, förvaltningen för sociala insatser, externa utförare i hemvård och daglig verksamhet har genomfört riskanalyser utifrån covid-19. Verksamheterna har identifierat risker för smittspridning i personalgruppen som i sin tur innebar ökad risk för smittspridning hos patienter. Riskerna för smittspridning har åtgärdats genom fortsatt arbete med att utbilda personal i basal hygien, sätta in restriktioner och skapat möjligheter att fysiska möten sker säkert. Många verksamheter uppger att de inte drabbats av smittspridning och att de kopplar detta till de åtgärder de genomfört.

Utifrån covid-19 har verksamheterna också identifierat risk för psykisk ohälsa hos patienterna på grund av restriktioner som inneburit att patienter blivit socialt isolerade och inte kunnat utföra aktiviteter på samma sätt. Detta har åtgärdats genom utökad kontakt via telefon, videosamtal, sms samt att anordna anpassade aktiviteter.

Resultat som identifierats är en ökad kompetens och följsamhet till basala hygienriktlinjer samt en ökad trygghet hos patienterna i och med detta.

Bemanning och samverkan

Åtta verksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen, Förvaltningen för sociala insatser samt externa utförare i hemvård har genomfört riskanalys utifrån låg bemanning, flertalet inför sommarsemestern. Identifierade risker är brist i kompetens hos sjuksköterska för vissa patientgrupper, att dokumentation av hälso- och sjukvårdprocessen brister vilket innebär risker för felbehandling samt att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal inte är tillräcklig utifrån patienternas behov samt brist på legitimerad personal. Åtgärder som genomförts

är stöd till personal med att prioritera arbetsuppgifter, fastställa samarbetsområden för att underlätta kollegialt stöd, rekrytering av personal, kvalitetssäkra introduktion för att säkra kompetens hos vikarier, framtagande av skriftliga rutiner och skapande av nya samverkans forum.

Resultat man sett utifrån genomförda åtgärder är att teamsamverkan ökat och att det lett till en ökad trygghet för omvårdnadspersonal i att våga agera och ta kontakter med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

Två verksamheter, den ena inom Förvaltningen för sociala insatser och den andra i Vård- och omsorgsförvaltningen, har genomfört riskanalys utifrån läkemedelshantering. Risker som identifierats inom Förvaltningen för sociala insatser är att läkemedel inte förvaras på säkert sätt, att rutiner för kontrollräkning av narkotika inte efterföljs och otillräckliga resurser för att utföra delegerad hälso- och sjukvård. Åtgärder som genomförts är att medicinskåp har satts upp, signeringslistor har upprättats för att kontrollräkna narkotika och fler personal har delegerats för att kunna utföra delegerad hälso- och sjukvård.

Inför beslut om verksamhetssystem för digital signering genomfördes en riskanalys inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Legitimerad personal i ordinärt boende identifierade risker med att ha två olika digitala signeringssystem eftersom det innebär risk att legitimerad personal som arbetar över båda förvaltningarna inte har tillgång till samma information, att legitimerad blandar ihop systemen och gör fel. Utifrån identifierade risker togs beslut om enbart ha ett digitalt signeringssystem och därmed avveckla det andra.

Förändrad vårdkedja vård och omsorgsboende (gruppboende demens)

Riskanalys har genomförts utifrån förslag att ta bort gruppboende som en av två inriktningar inom vårdboende demens. Riskanalysen visade att enbart en demensinriktning skulle kunna innebära grupper med individer med väldigt olika eller motstridiga behov. Detta komplicerar arbetet med att tillgodose alla individers behov i en och samma miljö. Det i sin tur kan innebära att medarbetarna inte har rätt och tillräckligt bred kompetens som motsvarar hyresgästernas olika behov.

Under riskanalysen framkom att verksamheterna trots att de under många år arbetat med vårdkedjan och satsningar på kompetensutveckling ändå inte lyckats fullt ut med att få ett flöde i vårdkedjeflyttar. Inte sällan har det varit svårt att motivera flytten där de anhöriga ofta upplever trygghet i kontinuiteten som kvarboendet bidrar till. Detta innebär att flera av grupperna på boendena, redan idag befinner sig på olika sjukdomsstadier. Oavsett beslut om att behålla nuvarande vårdkedja eller inte, skulle åtgärder utifrån riskerna behöva genomföras.

Uppdragsgrupp tillsattes med uppgift att arbeta fram en gemensam målbild och implementering av denna långsiktiga kulturförändring som krävs. Nulägesanalys på varje enhet är planerad för att kartlägga var verksamheten står idag och vad man behöver framåt. Även resursfördelningsmodellen planeras att ses över.

Palliativ vård

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen har legitimerad personal i ordinärt boende gjort en riskanalys gällande tillgänglighet för patienter i palliativ vård där man identifierat risk för brister i tillgängligheten och att patienten inte får sina behov tillgodosedda. Som en åtgärd har man lämnat ut sjuksköterskas direktnummer till palliativa patienter så att de enkelt kan ta kontakt med sjuksköterska utan mellanhand. Både patient, anhöriga och medarbetare har upplevt ökad trygghet tack vare detta.

Utredning av händelser - vårdskador

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

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

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

Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria 2021

Under året har 7 allvarliga vårdskador anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förvaltningen för sociala insatser:

- **Händelse** som involverar hälso- och sjukvårdsenheten HSE och utförare av personlig assistans. En felaktig hantering av medicinteknisk produkt då personal utan behörighet för arbetsuppgift att hantera PEG klippte av slang till PEG. Dessutom framkommer en felaktig läkemedelshantering då personlig assistent gav dubbel dos läkemedel.
Identifierade brister: Involverad personal har inte följt styrdokument för delegering och läkemedelshantering. Personal har inte kontaktat legitimerad personal utifrån osäkerhet kopplat till hälso- och sjukvårdsinsats.
- **Händelse** som involverar hälso- och sjukvårdsenheten HSE och grupp och servicebostad samt utförare av daglig verksamhet. En patient fick tillgång till sin dosett och intog (sannolikt) alla läkemedel.
Identifierade brister: Bristande läkemedelshantering, journalföring och informationsöverföring samt bristande kontakt med sjuksköterska utifrån försämrat hälsotillstånd.
- **Händelse** som involverar hälso- och sjukvårdsenheten HSE och grupp och servicebostad. Narkotikaklassat sederande läkemedel har givits under flera år utan riskbedömning av åtgärden eller delegering av uppgiften till omvårdnads personal.
Identifierade brister: Brist i dokumentation, brist i rimlighetsbedömning av att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel, brist i delegeringsprocessen och brist i hantering av samtycke.

Vård- och omsorgsförvaltningen

- **Händelse:** Delegerad personal ger läkemedel i fel mängd av en orallösning.
Identifierade brister: Bristande riskbedömning vid delegering av arbetsuppgiften.
Åtgärder: Medicinskt ansvariga sjuksköterska begränsar vilka läkemedel som får delegeras.
- **Händelse:** Omvårdnadspersonal inhandlar receptfria läkemedel på patients beställning trots att vården övertagit ansvar för patientens läkemedelshantering. Överanvändning med blödning som konsekvens.
Identifierade brister: Bristande kunskap vid delegering samt bristande uppföljning av delegering, bristande uppföljning av övertaget läkemedelsansvar.
Åtgärder: Medicinskt: Översyn av delegeringsprocessen på aktuella enheter.
- **Händelse:** Delegerad personal ger läkemedel i fel mängd av suppositorier.
Identifierade brister: Bristande bedömning av kompetens vid delegering, bristande dokumentation av ordinationsinformation
Åtgärder: Översyn av delegeringsprocessen på aktuella enheter.
- **Händelse:** Felaktigt utförd kateterbehandling och felaktig ordinationsinformation med följd dubbel dos blodförtunnande läkemedel.
Identifierade brister: Bristande rutiner vid kateterbehandling samt bristande hantering av läkemedelslista i region och kommun.

Åtgärder: Utbildningsinsats via urologen USÖ, pågående förbättringsarbete läkemedelsinformation vid vårdens övergångar.

Utredningar av vårdskada av medicinskt ansvariga Vård- och omsorgsförvaltningen

- Utredning av fallhändelse då patienten skadades allvarligt i samband med användandet av medicinteknisk produkt (vridplatta). Utredningen visade att det inte förelåg några brister i vare sig förskrivningen eller hanteringen av den medicintekniska produkten utan att det var en olyckshändelse.
- **Händelse:** Patient kom till korttidsavdelning från slutenvården. Symtom på stroke uppmärksammades inte utan tolkades som symptom på annat sjukdomstillstånd. Därmed fördröjd diagnos.
Identifierade brister: Bristande/otillräcklig informationsöverföring vid vårdens övergångar, bristande kontinuitet och inhämtande och bedömning av anamnes och status.
Åtgärd: Nya förbättrade rutiner och organisation på korttidsenhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 7 kap. 1§

Åtgärder som genomförts kopplat till informationssäkerhet.

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

Örebro kommun har infört ett kommunövergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som innefattar kommunens egna verksamheter. I kommunens LIS ingår delar som granskningar, mätningar, uppföljningar och rapportering till ledningen (kommunstyrelsen). Örebro kommun har genomfört två rapporteringar vilka båda resulterat i ett antal åtgärder som genomförs eller ska genomföras. I rapporteringen framgår även nuvarande läge inom kommunen.

Örebro kommun är i början av sin resa inom informationssäkerhetsområdet och grundstenarna för att kunna bygga en tillförlitlig informationshantering börjar komma på plats. Förvaltningarna har utsett informationssäkerhetssamordnare som kan samordna respektive förvaltnings arbete med skyddet av verksamhetens information.

Örebro kommun har dock fortfarande en låg eller mycket låg mognadsgrad när det gäller att skydda information. Detta gäller även om det rör sekretess och känsliga personuppgifter. Det är mycket tveksamt om kommunen kan anses följa gällande lagstiftning i till exempel offentlighets- och sekretesslagen samt dataskyddsförordningen förutom i något enstaka fall.

Enligt rapporten finns det fortfarande stora eller mycket stora brister inom informations- säkerhetsområdet. Att hantera bristerna så att kommunen hamnar på en acceptabel nivå beräknas ta många år om inte en övergripande långsiktig satsning genomförs där extra medel tillsätts.

NIS-direktiv

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

område Digitala välfärden för rapportering av incidenter som infaller inom ramen för NIS-direktivet.

Inrapporterade incidenter enligt NIS-direktivet 2021

Från objekt stöd, omsorg och vård har följande incidenter rapporterats:

- En incident har anmälts enligt NIS den 29/5, påverkade trygghetslarmen. Problem hos Tele2. Leverantör ansvarar för åtgärder.
- Det har inkommit fem incidentrapporter från Appva som gäller MCSS. Leverantör ansvarar för åtgärder.
- Riskanalys i samband med informationsklassning av Treserva är genomförd. De risker som framkommit i analysarbetet kommer att arbetas vidare med under 2022.

Loggkontroll

Arbetsgivaren har en skyldighet att genomföra loggningskontroller i de journalsystem som används.

Enligt rutin för loggkontroller ska **loggkontroll göras två gånger per år av respektive chef** och på förekommen anledning vid misstanke om överträdelse, tex för person av lokalt eller medialt intresse eller annat dataintrång, på vårdtagares egen begäran och på personer med extra stor behörighet. Enligt rapport från vård och stöd har 98 loggrapporter beställts totalt för Treserva enligt fördelning nedan:

Verksamhet	Enheter	Antal logg kontroller
Förvaltningen för sociala insatser	Barn och unga	9
	Grupp och servicebostad	69
	Ledning GoS - HSE	1
	Personlig assistans	12
	Socialpsykiatri	1
Vård och omsorg	Förebyggande	6
Totalsumma		98

Utöver dessa har två loggkontroller beställts och genomförts på förekommen anledning.

Utifrån tabellen ovan som visar antalet beställda loggrapporter under året kan konstateras att rutinen för loggkontrollen inte efterlevs. Särskilt anmärkningsvärt är det att inga loggrapporter är beställda inom vård- och omsorgsboende eller hemvård/hemsjukvård.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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

Nedan beskrivs resultat och analys utifrån uppsatta mål, egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering. Därefter sammanfattas åtgärder och konsekvenser av pandemin.

Målområden och strategier 2021 – Resultat och analys

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

De åtgärder som har genomförts för att uppnå ovan beskrivna mål med delmål är beskrivna under stycket PROCESS, se sid. 17. Nedan sammanfattas övergripande resultat och analys av måluppfyllelse för respektive huvudmål.

Hälso- och sjukvårdsansvar – resultat och analys

En ökad insikt och medvetenhet finns i ledning och chefsled om att ansvaret för hälso- och sjukvård i kommunal verksamhet är fördelat på fler än enbart legitimerad personal. Det saknas dock samsyn om och rutiner för hur chefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska arbeta tillsammans i multiprofessionellt teamarbete där patienten är en del av teamet. Detta är en förutsättning för att åstadkomma en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård. Det ställer även krav på en organisation som möjliggör en nära teamsamverkan mellan chef, legitimerade och omvårdnadspersonal för den aktuella patienten de gemensamt har ansvar för.

Externa utförare och legitimerad personal har sämre förutsättningar att samverka med varandra om patienters vård än vad egenregis utförare i hemvården har. Det beror både på hur legitimerad personal är organiserade och avsaknad av rutiner för samverkan. För att säkerställa en god patientsäkerhet oavsett utförare behöver Vård- och omsorgsförvaltningen se över detta.

För egenregi och externa utförare finns andra faktorer som påverkar möjligheterna till samverkan. Det finns en vilja i verksamheterna att förbättra samverkan men de ekonomiska förutsättningarna försvårar då verksamheterna inte får någon ersättning för samverkansmöten vilket gör att de bortprioriteras då ekonomin är ansträngd. Även utrymme för handledning och instruktion av legitimerade eller sakkunnig kollega försvåras på grund av detta.

Verksamheten har identifierat att kontinuerligt stöd till chefer avseende hälso- och sjukvårdsansvar är nödvändigt och saknas idag. Arbete med att skapa ett program för chefer för detta har påbörjats.

Hälso- och sjukvårdsprocessen – resultat och analys

Inga resultat kan ännu utläsas för de riktlinjer som tagits fram och reviderats i syfte att åtgärda identifierade brister vad gäller kunskap om hälso- och sjukvårdprocessen och hur den dokumenteras. Resultaten kommer först kunna utläsas när riktlinjerna implementerats och att verksamheterna arbetar efter dem. Implementeringen av nya och reviderade riktlinjer blir med andra ord avgörande för vilket resultat som verksamheterna kommer att uppnå och hur man lyckas minimera identifierade brister.

Det finns redan idag ett antal stödfunktioner som kommer att kunna användas i detta arbete; utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation, läkemedelssamordnare, palliativa vårdssamordnare med tillhörande ombudsorganisation, demensteam och utbildade instruktörer för Stjärnmärkt. Medicinskt ansvariga ser dessa funktioner som avgörande resurser men om de inte får rätt förutsättningar för att fullfölja sina uppdrag kommer önskat resultat inte att uppnås. Därför är det av största vikt att verksamheterna arbetar aktivt med detta och att vårdgivaren skapar förutsättningar för att göra det möjligt. Det räcker inte att bara ha ombud utsedda, att de har tydliga uppdrag och tid för sitt uppdrag. Det måste också finnas en plan för hur uppdraget ska genomföras. En plan skulle kunna innebära att ombud ges möjlighet att gå bredvid sina kollegor och handleda ute i det dagliga arbetet och att workshop planeras in i anslutning till APT i olika ämnesområden.

När det gäller dokumentation av hälso- och sjukvårdprocessen har stödet till verksamheten varit otillräckligt och en brist i många år. Flera förändringar under året har lett till att förutsättningarna för ett bra stöd nu ser bättre ut. Utbildningsorganisationen har förändrats och utbildare har fått utökad uppdrag och mer tid till förfogande. Det finns förutsättningar för en tydlig styrning och ledning av utbildningsuppdrag för internutbildare genom Styrgrupp HSL som rapporterar direkt till Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. Det blir en tydlig förankring av arbetet i verksamheterna. Dessutom har samverkan utvecklats och förbättrats mellan ledning, medicinskt

ansvariga samt objektspecialist och supportavdelningen för journalsystemet vilket förenklat kvalitetsförbättringsarbetet för dokumentation.

De utökade resurserna av utbildare är en tillfällig lösning men har redan visat sig vara mycket lyckad utifrån vad de åstadkommit under hösten. Detta medför ett behov av att omvärdera tidigare resursfördelning som bedöms vara för liten för att ge verksamheterna det stöd de behöver. Framtaget koncept med utbildare som arbetar övergripande och handledare som stöttar på arbetsplatserna ses som mycket funktionellt och effektivt. Det förutsätter inte bara att utbildare och handledare har tid för det utan också att de får förutsättningar att fullfölja sitt uppdrag på respektive enhet.

Genomförda förbättringar ger inte bara bättre förutsättningar för att ge verksamheterna det stöd de behöver för att klara det dagliga arbetet men är också viktiga inför kommande byte av verksamhetssystem vilket i sig kommer att kräva ett omfattande arbete.

Systematiskt kvalitetsarbete – resultat och analys

Verksamheterna har en medvetenhet om vikten av att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet, framsteg görs men övergripande kunskap och arbetssätt för detta behöver utvecklas.

Stöd till verksamheterna saknas för att underlätta det arbetet, så som ett fungerande digitalt kvalitetsledningssystem, tillräcklig kunskap i förbättringsarbete och stödfunktioner som hjälper chefer att utveckla arbetssätt och ta fram resultat. De finns också tillgängliga utdata som inte tidigare har används i det dagliga arbetet (ex. MCSS) men nu är på gång i hemvården.

Enligt nationell handlingsplan ska alla huvudmän ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 2020–2024. Idag saknas strategi för en patientsäkerhetskultur i Örebro kommun och framtagandet av handlingsplan behöver prioriteras av högsta ledningen. För att få genomslag i organisationen på samtliga nivåer krävs att verksamheten agerar gemensamt för en säkrare vård. Kunskap, verktyg och stöd i förbättringskunskap behöver utvecklas för att få en ökad patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård. För att utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete krävs att en kvalitetsledare eller motsvarande funktion som driver och samordnar arbetet.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling – resultat och analys

En grundförutsättning för att erbjuda god och säker hälso- och sjukvård är rätt kompetens hos medarbetarna. Det gäller oavsett vilken grundkompetens som medarbetare kommer med till verksamheten. Teoretisk kunskap är en sak, men det är först ihop med praktiskt utförande, reflektion och utbyte av erfarenheter som en högre kompetens uppstår. Behovet av handledning för att fördjupa kompetensen är av särskilt vikt i dag då många utbildningar är digitala, så kallade webbutbildningar, utan handledare att fråga och en grupp att diskutera frågeställningar med. Förutsättningar måste skapas för att möjliggöra medarbetares deltagande i olika uppdrag, nätverk och utbildningar samt ge tid till handledning och kunskapsutbyte i det dagliga arbetet. För detta saknas idag struktur och planering. Beror svårigheter på bristande bemanning behöver det analyseras och åtgärdas.

Funktioner med spetskompetens och deras uppdrag samt olika ombud och handledare som beskrivs på sidan 9, är en viktig och avgörande del av kontinuerlig kompetensstyrning. Verksamhetens förutsättningar att genomföra dessa uppdrag är därmed centralt för att säkerställa och upprätthålla kompetens för god kvalitet av vård och omsorg. Chefer behöver se dessa funktioner som verktyg för att utveckla och upprätthålla kompetens inom olika områden i verksamheten.

Många bra arbeten görs av funktioner med spetskompetens, handledare och ombud inom flera områden för en ökad kompetens hos medarbetare men svårigheter att få utrymme för olika uppdrag och för medarbetare att delta är återkommande. Det visar sig tydligt i få anmälda till de utbildningar som erbjuds och att många avbokar för att bemanningen är låg. För vissa områden är resurserna otillräckliga, till exempel inom förflyttningskunskap och hälso- och sjukvårdsdokumentation. För dessa räcker inte resurserna till för att möta behovet av utbildningar, särskilt inför och under sommaren när nya vikarier ska få den kompetens de behöver för att kunna arbeta patientsäkert.

Det saknas en övergripande ordning för vilka utbildningar som ska prioriteras. En sådan prioritering borde grunda sig på verksamhetens kärnuppdrag.

Egenkontroller

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

Basal hygien

Pandemins andra år har medfört fortsatt stort fokus på basal hygien för att minska smittspridning. Reviderad riktlinje för basal hygien gäller från 1 september med förtydligande av ansvar för chef, sjuksköterska och övrig personal. I riktlinjen beskrivs egenkontroller som ska genomföras årligen samt den nya rollen hygienombud som med fördel kan hålla i dessa egenkontroller i dialog med chef.

Egenkontroll för basal hygien innefattar:

- Hygienrund
- PPM-BHK – nationell punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler
- ”Lätt att göra rätt” för verksamheter som inte deltar i PPM-BHK mätning

Beslut fattades av verksamhetschefer i samråd med medicinskt ansvariga om att avstå deltagande i Svenska HALT mätning på grund av hög arbetsbelastning i verksamheten.

Hygienrund

En gång per år ska chef tillsammans med personal utföra hygienrund. Det framkommer inte i resultat från verksamheterna om man genomfört hygienrund då inga resultat presenterats.

PPM-BHK – punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler

Alla verksamheter i Örebro kommun som berörs av SOSFS 2015:10 skulle delta i nationella punktprevalensmätning (PPM-BHK) som mäter följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler via observationsstudie.

Mätningen genomfördes under veckorna 11–12. Av landets 290 kommuner deltog 140 kommuner. Örebro kommun deltog för första gången. På grund av pandemin rekommenderade MAS att PPM-BHK mätningen inte fick medföra fler personal än planerat på ett besök, vilket ledde till att alla enheter inte hade möjlighet att utföra mätningen och störst möjlighet hade de med dubbelbemanning.

Tabell visar resultat för riket i jämförelse med Örebro Kommun i samtliga observerade steg i mätningen:

Nationell mätning	Riket	Örebro Kommun
Andel korrekt i samtliga 8 steg	67,6 %	48,7 %
Andel korrekt i samtliga 4 hygiensteg	72,9 %	57,7 %
Andel korrekt i samtliga 4 klädregler	90 %	80,1 %

Resultat PPM-BHK 2021 för Örebro Kommun innefattar enheter inom Förvaltningen för sociala insatser, Hemsjukvård, Hemtjänst och Vård- och Omsorgsboende.

Antal enheter som deltog i mätningen och antal observationer var:

- Förvaltningen för sociala insatser: 50 enheter utförde 441 observationer.
- Hemsjukvården: 3 enheter utförde 26 observationer.
- Hemtjänsten: 17 enheter, varav 3 var LOV-utförare, utförde 175 observationer.
- Vård- och Omsorgsboenden: 21 enheter, varav 2 privata vårdgivare, utförde 340 observationer.

Tabellen nedan visar Örebro Kommuns resultat i varje observerat steg i mätningen:

Örebro kommun andel rätt i de olika stegen	2021
Desinfektion av händer före patientkontakt	68,6 %
Desinfektion av händer efter patientkontakt	80,8 %
Handskar	90,2 %
Förkläde	79,8 %
Arbetsdräkt	93,4 %
Ringar, klockor, armband m.m	90,8 %
Hår	95,1 %
Naglar	95,4 %

Lätt att göra rätt

”Lätt att göra rätt” är en självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer. De flesta verksamheter som inte genomfört PPM-BHK redogör för att de istället genomfört ”Lätta att göra rätt”. Flera verksamheter beskriver god följsamhet till basala hygienrutiner över lag men att det fortfarande framkommer brister. Exempel på brister som är mest förekommande är brister vid handhygien som felaktig användning av handsprit-främst för orent arbete, klockor och smycken förekommer samt över- eller underanvändning av handskar.

Analys

Pandemins andra år har medfört att alla verksamheter fortsatt har arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygien samt att skyddsutrustning används på rätt sätt. Följsamhet till basal hygien och klädregler är den mest effektiva åtgärden för att minska smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner där målet är att uppnå 100 % följsamhet.

Resultatet från den nationella PPM-BHK mätningen behöver tolkas utifrån de restriktioner som fanns på grund av pandemin. Antalet observationer skiljer sig mycket mellan de enheter som deltagit i mätningen vilket beror på att observationerna inte fick medföra fler personer hos den enskilde. Detta begränsade möjligheten att observera och utföra mätningen. Örebro Kommuns resultat ligger lägre än riket. Men resultat i varje steg i observationen visar höga siffror. Denna skillnad kan troligtvis förklaras med att många verksamheter hade brister inom stegen ”handedesinfektion av händer före patientkontakt”, ”förkläde” och ”handedesinfektion av händer efter patientkontakt” vilket drog ner det samlade resultatet som jämförs nationellt. 2021 var första gången som hela kommunen deltog på mätningen, tidigare har enstaka enheter på eget initiativ deltagit, vilket också kan ha påverkat mätningens resultat.

Fortfarande har få enheter genomfört hygienrund. Chefer behöver skapa ett strukturerat arbetsätt för hygienrund.

Basal hygien kommer fortsättningsvis att vara ett av de prioriterade områdena för egenkontroll under 2022. Återkommande självskattningar och observationer av omvårdnadspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner behöver genomföras för att säkerställa följsamhet till basal hygien. I detta arbete blir hygienombunden en viktig resurs.

Dokumentation – Kollegial journalgranskning

Granskningen visar att det finns brister i de flesta verksamheter när det gäller att dokumentera bakgrund, kroppsfunction, status, hälsohistoria, uppföljning och att använda frastexter. Uppdatering av patientens hälsotillstånd (status) saknas ofta vilket innebär att patienters förmågor eller begränsningar inte framgår av journalen. Beskrivning av aktivitets- och funktionsförmåga samt relevanta mätvärden saknas vilket är viktig information för att kunna bedöma hur hälsotillståndet utvecklas över tid.

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

- uppföljning av åtgärder och måluppfyllelse i vårdplaner saknas ofta
- inaktuella vårdplaner avslutas inte alltid
- uppföljning saknas ofta av både legitimerade och baspersonal
- tydlig beskrivning av vad, hur, när, vem och uppföljning saknas ofta
- åtgärderna har inte fördelats till omvårdnadspersonal och därmed inte blivit utförda
- samtyckesbeslut och patientens delaktighet saknas ofta i journalen

I den kollegial journalgranskning som genomförts av legitimerad personal ses likvärdiga brister som lyfts tidigare år. Vård och omsorgsboenden beskriver en mer positiv utveckling/trend jämfört med tidigare resultat medan hemsjukvården upplever att dokumentationen försämrats.

Goda exempel

- Administrativ tid har schemalagts på en enhet för att sjuksköterskorna ska ha tid för dokumentation och planering av uppföljning.
- Kompetensutvecklingsplan görs på alla medarbetare. En stor andel timanställda sjuksköterskor arbetar i verksamheten vilket medfört svårigheter för medarbetarnas kompetensutveckling då inte samma kompetensstyrningsmodell som ordinarie medarbetare följs. Enheterna har påbörjat kartläggning av kompetensen för timanställda och dom bjuds in regelbundet till egna APT där aktuella rutiner och även riktlinjer tas upp.
- En enhet kommer planera in fler egenkontroller under året för att följa resultatet och se om bristerna kvarstår eller förbättras.
- Dagverksamheter och Minnesmottagningen bedöms ha en god kvalitet på hälso- och sjukvårdsdokumentationen, vilket är ett resultat av ett mångårigt gott systematiskt kvalitetsarbete för att kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- På vårdboenden har kvalitetsuppföljningar genomförda av Enheten för uppföljning bidragit till ett kvalitetsarbete som i sin tur lett till förbättrad dokumentation av hälso- och sjukvård.

Analys

Det kvarstår i stort samma brister som identifierats i journalgranskning tidigare år. Vilket kan betyda att utbildningsorganisation, introduktion och andra förutsättningar för att höja kompetens hos legitimerad personal inte har varit tillräcklig och behöver omvärderas för att vårdgivaren ska leva upp till aktuella lagkrav. Behovet av att höja kunskapen i hälso- och sjukvårdsdokumentation och hälso- och sjukvårdsprocessen är stor.

Dokumentationsutbildningen är omarbetad för legitimerad personal och erbjuds all legitimerad personal. Det krävs att man skapar förutsättningar på arbetsplatsen för att kunna arbeta med förbättringsarbete utifrån det som framkommer i en journalgranskning.

Det finns även ett fortsatt behov av en planering för hur kompetensen hos omvårdnadspersonal ska höjas. Omvårdnadspersonal behöver utbildning i hur de ska dokumentera direkt i fördelade vårdplaner samt fortsatt dialog mellan yrkesgrupperna där gränsdragning mellan hälso- och sjukvårds- och social dokumentation behöver tydliggöras.

Läkemedelshantering

Digital signering – dagliga kontroller på olika nivåer i MCSS

Signering av en utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd är en del av kravet på dokumentation av en patients hälso- och sjukvård. Signering är en journalhandling som visar vilken vård och behandling patienten får, vid vilken tidpunkt, av vem och vilken kompetens den som utfört insatsen har. I MCSS finns rapporter, aviseringar och grafer som dagligen är tillgängliga för chefer och legitimerad personal och ger förutsättningar för uppföljning och kontroll som är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. All delegerad personal kan och ska själva följa när och vad de ska utföra direkt i MCSS appen i mobilen/plattan och kontrollera aviseringar som påvisar när en uppgift inte är utförd.

Signerade läkemedelsbehandlingar – statistik ur MCSS

Av totalt 576 554 insatser per månad som ska signeras i MCSS är:

- **430 000 läkemedelsbehandlingar** som ska utföras och signeras av delegerad personal. Av dessa är 44 000 genomförda inom förvaltningen för sociala insatser gruppobstad och 14 800 genomförda av externa utförare för omsorg – LOV
- 94% är signerade – stora variationer förekommer på enhetsnivå.
- 2580 läkemedelsbehandlingar är inte signerade – orsak? – ska hanteras dagligen.

Hemvården/ hemsjukvården identifierade utifrån utskickade rapporter stora brister i signering av läkemedelshantering på vissa enheter och har efter det jobbat mer aktivt med bakomliggande orsaker till detta vilket redan fått effekt. Workshop har hållits där goda exemplar lyfts fram. Enheter som har problem har fått handledning i åtgärdsplan för att komma till rätta med brister i följsamhet. Resultaten för signeringsfrekvens följs även av verksamhetschefer som efterfrågar resultaten och varför det ser ut som det gör och efterfrågar åtgärder.

Aviseringar/larm – ej signerade/försenade insatser – i MCSS

I översikt bilden i MCSS aviseras antal *ej signerade* och *försenade* insatser. Om insats inte signeras genereras larm som ligger kvar tills det är hanterat av sjuksköterska. Om regelbunden hantering inte görs samlas många larm och funktionen tappar sitt värde eftersom det blir ogörligt att följa vad som är aktuellt för dagen. Rapporter har skickats till verksamheten från objektspecialist och medicinskt ansvariga med uppmaning om att hantera ”gamla larm” men utan framgång.

- Hantering av aviserade larm för ej signerade eller försent signerade insatser är ett konstant problem och medför sämre effektivitet i systemet och att syftet med larm går förlorat.
- Det är inte resurseffektivt eller ändamålsenligt att i efterhand lägga tid på att kvittera larm varför arbetssätt måste utvecklas för att inte larm ska uppstå.

Kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel – i MCSS

Vid övertaget ansvar för en persons läkemedel ansvarar vården för att ha kontroll på narkotiska läkemedel. Enligt riktlinje ska kontrollräkning göras och dokumenteras en gång i månaden i MCSS för personbundna narkotiska läkemedel. Vid avvikande saldo ska avvikelser rapporterats och utredning omgående inledas.

- Avisering av ej utförd kontrollräkning i MCSS visar att kontrollräkning av narkotiska läkemedel inte hanteras korrekt och är en återkommande brist i verksamheterna.

Kontrollräkning av narkotiska läkemedel – akutbuffertförråd – analogt

Kontrollräkning av narkotiska läkemedel i akutbuffertförråd ska göras av utsedd sjuksköterska en gång i månaden och dokumenteras i förbrukningsjournal. Utförd kontrollräkning noteras i protokoll analogt. Chef för sjuksköterskor ansvarar för att kontroller genomförs.

Kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel – analogt

För verksamheter som inte har system för digital signering utgörs det på särskild blankett för förbrukningsjournal per patient. Utförd kontrollräkning noteras i protokoll analogt. Chef för sjuksköterskor ansvarar för att kontroller genomförs. Inom Förvaltningen för sociala insatser pågår införande av digital signering och därmed möjliggörs denna kontroll digitalt.

Extra egenkontroll på förekommen anledning

I maj skickade medicinskt ansvariga ut en extra egenkontroll till samtliga enheter för uppföljning av kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel och för narkotiska läkemedel i akutbuffertförråden. Chef för sjuksköterskor ansvarar för att kontrollräkning utförs enligt riktlinje och besvarade en enkät utifrån enhetens resultat.

- Sammanställning visar att ansvar och för rutiner för kontrollräkning av narkotika är tydligt hos chefer och att rutiner inte efterlevs.

Extern kvalitetsgranskning läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och förråd utförs av Apoteket AB enligt upphandlat avtal och i enlighet med förskrift "Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården" (HSLF-FS 2017:37, 4 kap. 3 §).

Vård- och omsorgsförvaltningen

På grund av pandemin fick 2020 års granskning inom vård- och omsorgsförvaltningen skjutas upp och utfördes istället under våren 2021. I år har 28 enheter granskats varav 13 är enheter som skulle ha granskats 2020.

Förvaltningen för sociala insatser

Pandemin medför förändrat upplägg av kvalitets möte och granskning av läkemedelsförråd på enheterna.

- 24 enheter har digitalt deltagit på kvalitetsmöten. 22 grupp- och servicebostäder och två dagliga verksamheter.
- Apotekare utför ingen granskning av förråd på enheterna.
- Sjuksköterska utför istället stickprovskontroll i minst två lägenheter för de enheter som deltar.

Brister som synliggjorts inom båda förvaltningarna är att:

- delegerad personal inte alltid kontrollerar den dokumenterade ordinationen (läkemedelslistan) vid varje administrering eller överlämnade av läkemedelsdos. Att det görs är en förutsättning för att personal ska få delegering och att delegering sker utifrån god och säker vård.
- ordination saknades på flera enheter för receptfria läkemedel som inte finns med på lista för generella direktiv.
- alla enheter inte kontrollerar kylskåpstemperatur och rumstemperatur varje vecka, enligt rutin.
- protokoll för att städ och kontroll utförs i den enskildes läkemedelsskåp saknas vid flera tillfällen.
- aktuell läkemedelslista inte alltid finns hemma hos varje patient.
- upprättade vårdplaner för läkemedelshantering och vid behovs ordinationer inte alltid finns.
- receptfria läkemedel finns oinlästa utan att riskbedömning utförts.
- brytdatum inte alltid är antecknat på förpackningar.

Sjuksköterska och enhetschef ansvarar för att åtgärda och följa upp och verksamhetens identifierade brister samt att återkoppla resultat till MAS.

Analys

Läkemedelshantering är en omfattande del av den kommunal hälso- och sjukvården och är i stort behov av genomlysning och översyn utifrån den nu fastställda riktlinjen Ordination och hantering av läkemedel i kommunal hälso- och sjukvård. Många delar berörs och kommer att under 2022

vara ett omfattande arbete med implementering av riktlinjen och det förändringsarbete som den kommer att kräva. Läkemedelssamordnarna blir en viktig resurs i det arbetet.

Bland annat kommer delegering av läkemedelshantering behöva förändras för att vårdgivaren ska leva upp till aktuella krav på en god och säker vård. Det beror bland annat på att föreskriften från 2018 (HSLF-FS 2017:37) ställer tydligare krav på kompetens för mottagaren av delegering.

En anledning är också att organisatoriska förändringar av verksamheten vilket inte möjliggör nödvändig teamsamverkan och den personkännedom om både patient och personal som krävs hos sjuksköterska som delegerar.

Ytterligare påverkande faktorer för att förändring krävs är att fler patienter är sjukare och mer sårbara för läkemedelsorsakad sjuklighet och behandlingar är mer avancerade idag vilket är förenat med större risker för patienten.

Idag delegerar sjuksköterskor mer än vad som är förenligt med god patientsäkerhet, vilket beror på en allt mer pressad arbetssituation för alla. Enhetschefer för omvårdnadspersonal menar att de inte kan anställa personal som inte omgående (efter tre dagars inskolning) får en delegering av läkemedelshantering. Sjuksköterskor känner sig manade att delegera då de inte har utrymme att utföra arbetsuppgiften själv. Säkerhetskulturen kring patientsäkerhet inom området läkemedelshantering brister i stort. Flera utredningar och Lex Maria anmälningar har belyst detta.

Den organisation som idag råder av sjuksköterskor för externa utförare av omsorg kan inte fortsätta och måste utredas. Tillvägagångssättet för hur personal delegeras är inte förenligt varken med föreskrift, riktlinje eller patientsäkerhet.

Uppföljningar av kvalitetsindikatorer och följemått

Nedan redovisas resultat av andra uppföljningar av olika följemått och indikatorer.

- Palliativ vård – Palliativregistret
- Vårdprevention – via kvalitetsregistret Senioralert
- BPSD – registreringar i kvalitetsregister
- Besiktning av sängar och personlyftar

Palliativ vård – kvalitetsindikatorer via palliativ registret

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister där alla dödsfall ska registreras. I registret anges kvalitetsindikatorer med målvärden som verksamheterna ska uppnå. För att ytterligare utveckla uppföljning av målvärden och kvalitetsindikatorer på verksamheterna har palliativa vårdsamordnarna (PVS) under hösten 2021 erbjudit utbildningstillfällen för sjuksköterskor som registrerar i Svenska palliativ registret.

Det är totalt 419 dödsfall registrerade i Örebro kommun för perioden 1 oktober 2020 till 30 september 2021. Av dessa är 379 väntade dödsfall och 35 oväntade samt 5 dödsfall där det är oklart om dödsfallet varit väntat eller oväntat.

Enligt statistik från verksamhetssystem Treserva har totalt 1267 dödsfall inträffat där patienten haft pågående kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa har 235 avlidit inom regionen (sjukhus) och 769 avled i kommunen. För 263 dödsfall saknas det uppgift om var dödsfallet inträffat. Av de 769 dödsfall som inträffat i Örebro kommun är endast 54% registrerade i SPR.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat% 2020	Resultat% 2021
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	86,3	84,4
Ordination injektion smärtlindring	98	98,4	96,6
Ordination injektion ångstdämpande	98	98,9	96,8

Smärtskattning under sista levnadsveckan	100	72,8	68,3
Dokumenterad munhälsobedömning	90	67,5	66,2
Avliden utan trycksår	90	87,2	90,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	91,5	88,9

Tabellen avser period 1 oktober 2020 till 30 september 2021.

- **Målvärden uppnås** för kvalitetsindikatorer avliden utan trycksår.
- **Försämrings ses** i alla de övriga kvalitetsindikatorerna, se tabell ovan.
- **Målet uppnås inte** för registrering av samtliga dödsfall som inträffar i Örebro kommun.

Analys

För att kunna få tillförlitlig statistik för uppföljning av den palliativa vården och förbättringsarbeten behöver samtliga dödsfall vara registrerade men 46% av dödsfallen är inte registrerade. Det är därför svårt att dra slutsatser av verksamheternas resultat i SPR. Chefer för legitimerad personal behöver följa upp och arbeta med förbättringsarbete utifrån resultat från palliativregistret och därför säkerställa att alla dödsfall är registrerade.

PVS har under 2021 påbörjat ett arbete tillsammans med utbildare i verksamhetssystem för att förbättra kunskapen kring dokumentation i palliativ vård, ett samarbete som planeras fortsätta under 2022. PVS ska fokusera på kvalitetsindikator symtomskattning i ett riktat förbättringsarbete.

Det framkommer fortfarande brister i ansvarsfördelning för brytpunktssamtal. Vårdcentralens läkare har en viktig roll inom den allmänna palliativa vården och läkarresurser för detta uppdrag behöver säkerställas. Samarbetsformer och gemensamma arbetssätt mellan regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård behöver utarbetas. Ett länsövergripande arbete är initierat via palliativa rådet utifrån behov av att se över struktur och arbetssätt för både kommun och region.

Teamarbete och planering av den palliativa vården i ett nära samarbete mellan legitimerad personal och baspersonal är en väl känd framgångsfaktor. För att möjliggöra teamsamverkan behöver chefer planera och frigör tid för exempelvis teamträffar för att säkerställa informationsöverföring och planering av palliativ vård.

Den palliativa ombudsorganisationen är viktig för verksamheternas behov av stöd i samverkan med PVS för kunskapsöverföring, förbättringsarbeten och implementering av arbetssätt för att tillsammans nå målvärden och säkra god likvärdig palliativ vård. Det krävs att ombudssamordnarna deltar regelbundet på träffar med PVS och anordnar regelbundna palliativa ombudsträffar med ombud inom sin egen organisation samt delger information till kollegor exempelvis på APT.

Nationellt pågår arbete med ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom palliativ vård i syfte att säkerställa en god och jämlik palliativ vård. Vårdförloppet ska omfatta åtgärder från att det finns misstanke om palliativa vårdbehov till dess att patienten avlider och närstående erbjudits efterlevandesamtal. Vårdförloppet kommer att ställa krav på teambaserade personcentrerade arbetssätt.

Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

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

Resultat av riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret

Vobo År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal bedöm blåsdysfunktion
2017	1235	87%	132	440	1156	121
2018	1334	84%	134	499	1381	154
2019	1414	84%	156	495	1451	229
2020	1217	85%	137	477	1365	301
2021	1205	85%	121	457	1305	347

HSV År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal bedöm blåsdysfunktion
2017	218	77%	14	80	76	2
2018	231	78%	15	76	65	6
2019	224	78%	21	93	117	36
2020	73	77%	18	46	37	10
2021	65	87%	12	27	49	8

- På vård och omsorgsboende har registrering legat på samma nivå de sista åren. Fortfarande lågt i förhållande till antal personer som under ett år har kommunal hälso- och sjukvård.
- I hemsjukvården är antal registrerade riskbedömningar ännu lägre än tidigare, vilket även då varit mycket lågt i förhållande till antal personer med hemsjukvård.
- Bedömning av blåsdysfunktion är som tidigare det område som brister mest.
- Förvaltningen för funktionsstöd har under året registrerat 4 riskbedömning för de ca 100 personer som är 65 år och äldre och förra året registrerade ingen.

Analys

Vårdgivaren har ett ansvar att förebygga ohälsa avseende fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion oavsett om registrering görs i kvalitetsregistret Senioralert eller inte.

Kvalitetsregistret är ett verktyg som ger stöd för att på enhetsnivå och övergripande nivå kunna följa och utvärdera arbetet. Återkommande är att resultat från kvalitetsregistret inte används varken av enhet eller ledning som underlag för möjligheten att utvärdera sitt åtagande att arbeta förebyggande.

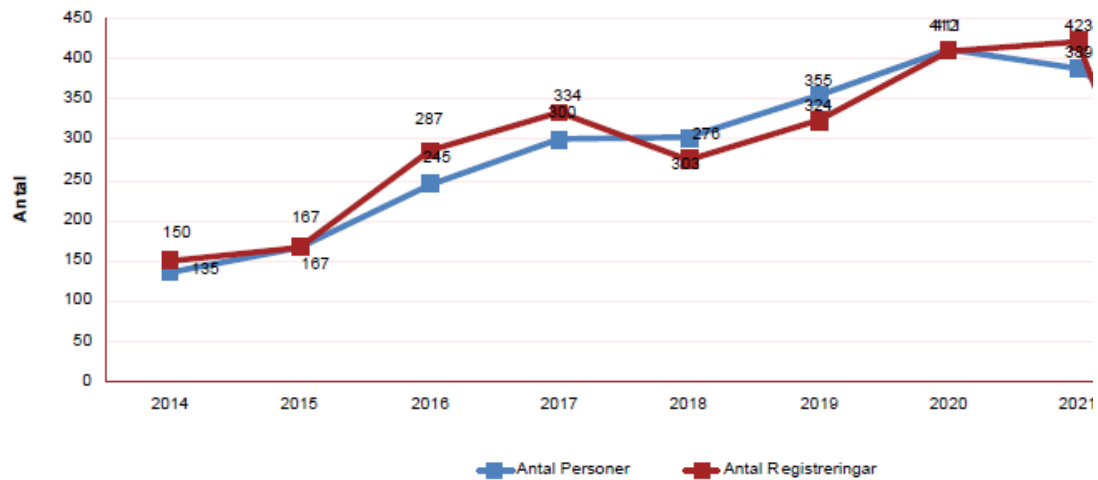
Oberoende av årets pandemi har man inom hemsjukvården inte förutsättningar för ett förebyggande arbetssätt med strukturerat tvärprofessionellt samarbete där riskbedömning och uppföljning av åtgärder integrerat med övrig genomgång av patienternas hälsotillstånd och rapportera händelser (avvikelser) ingår för att se helheten av patientens ofta komplexa hälso- och livssituation. Det är och har varit eftersatt i många år. Vårdgivaren fullgör inte sin skyldighet att arbeta förebyggande och behöver se över förutsättningar för att göra det möjligt.

BPSD registreringar i kvalitetsregister

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. För vård- och omsorgsboenden med demensavdelning är det obligatoriskt att använda BPSD-registret för de patienter som har en demensdiagnos.

Av de 91 demensavdelningar som finns är det 53 som använt registret under 2021. Av ca 750 individer som under 2021 bott på en demensavdelning har 389 fått en BPSD-bedömning. Positivt är att samtliga 389 BPSD-bedömningar som registrerats har genomförts av ett multiprofessionellt team bestående av flera yrkeskategorier vilket är en viktig kvalitetsindikator.

Antal registrerade personer i aktuell kommun och antal registreringar ses i tabell nedan:



Analys

Att använda BPSD-registret är viktigt för att förebygga och bemöta beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Registret gör det också möjligt för verksamheten att utvärdera sina resultat och säkerställa att man arbetar utifrån gällande riktlinjer och rutiner.

Fortsatt behövs riktad stöd för att fler demensavdelningar ska använda BPSD-registret. Stöd i att använda registret på rätt sätt behövs, för att det ska bli ett verktyg för en personcentrerad vård med så god livskvalitet och få BPSD-symtom som möjligt hos personer med demenssjukdom. Demensteamet är en viktig resurs då de utifrån befintlig kompetenstrappa erbjuder både utbildning och handledning i BPSD-registret.

Besiktning av sängar och personlyftar - omvårdnadshjälpmedel

För att kunna följa de krav som finns för spårbarhet av medicintekniska produkter använder verksamheten verksamhetssystem Sesam2. Samtliga omvårdnadshjälpmedel är inlagda i systemet och därav finns nu ID-märkning av samtliga vårsängar, mobila personlyftar, taklyftsmotorer, duschbritsar, fallskyddsmattor, överflyttningsplattformar och snart också alla hygienstolar.

Besiktningar

- **Mobila personlyftar och taklyftsmotorer** Av totalt 1118 lyftar har 685 besiktigats under 2021 fram till sista oktober. Det innebär att 433 lyftar finns kvar att besiktiga. Omvårdnadshjälpmedel beräknar att detta ska vara klart under nästa års första månader. Årets resultat är i jämförelse med föregående år förbättrat.
- **Vårdsängar** ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år. Kommunen har totalt 2352 sängar registrerade, vilket gör att 1176 sängar ska vara kontrollerade under 2021. Man har kontrollerat 900 sängar vilket gör att drygt ca 270 kvarstår sängar kvarstår att kontrolleras från 31 oktober.
- **Duschbritsar** ska kontrolleras varje år enligt anvisning. Av totalt 85 duschbritsar är 14 servade, detta i samband med utleverans vilket gör att ca 70 duschbritsar kvarstår efter 31 oktober 2021.
- **Lyftselar** ska besiktigas var 6:e månad. Detta genomförs inte alls i dagsläget. Beslut är ännu inte tagit om hur det ska ske rent praktiskt.

Avvikelse MTP

Antalet avvikelser som berör medicinskt tekniska produkter är lågt (7st) i relation till den mycket stora mängden omvårdnadshjälpmedel som hanteras. En orsak kan vara att avvikelse-

rapporteringen till omvårdnadshjälpmedel inte är integrerad med övriga rapportering av avvikelser i Örebro kommun.

Analys

Enheten för omvårdnadshjälpmedel har jobbat aktivt med tidigare identifierade brister om att besiktning och service inte genomförs i tillräcklig utsträckning.

En åtgärd har varit fortsatt utveckling och användande av verksamhetssystem där alla medicintekniska produkter på enheten nu finns registrerade vilket gör det lättare att kontrollera dem och på så sätt bibehålla en hög patientsäkerhet.

Två teknikertjänster har tillsatts och därmed ökat förutsättningar för att kunna möta kraven för de besiktningar kommunen är ålagda att utföra. Fortsatt brister kvarstår dock då flera planerade utbildningar har fått ställas in på grund av pandemin, vilket medfört att tekniker inte haft behörighet att besikta produkterna. Detta gör att all planerad besiktning och service inte kunnat genomföras. Dock har fler lyftar besiktigats under 2021 än året innan.

Förbättringsområden som identifierats är att se över avvikelseprocessen och möjligheter att integrera den i befintlig modul som all personal har kännedom om. Ett annat område som idag brister i Örebro kommun är kontroll och spårbarhet av andra medicintekniska produkter/utrustning, som omfattas av samma lagstiftning och som används i verksamheten. Enheten för omvårdnadshjälpmedel har inte i uppdrag att hantera dessa idag. För att få en effektivare och säkrare hantering av dessa produkter borde även de ha en likartad hantering och registreras i samma verksamhetssystem. Det kan vara droppställningar, inköpt träningsutrustning eller inköpta GPS-larm. Ledningen behöver ta ställning till är hur hanteringen av dessa produkter ska ske och registreras i framtiden.

Kvalitetsuppföljning utförd av Enheten för uppföljning

Under 2021 har fyra vård- och omsorgsboenden följts upp totalt, samtliga inom Örebro kommuns egenregi. När det gäller hälso- och sjukvård visar kvalitetsuppföljningarna att samtliga verksamheter har brister när det gäller hälso- och sjukvårdprocessen och dokumentationen av den. De vanligaste bristerna handlar om:

- att samtliga fem riskområden som ingår i kvalitetsregistret Senior alert inte riskbedöms samt brister i dokumentationen av riskbedömningen
- att det saknas dokumenterad uppföljning av insatta hälso- och sjukvårdsåtgärder
- att det saknas bedömning och dokumentation av syfte, samtycke, riskbedömning och uppföljning av skyddsåtgärder (åtgärder som är begränsande så som sänggrind och positioneringsbälte)

Avvikelse

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

Antal avvikelser – registrerade i avvikelsemodul i verksamhetssystem Treserva

Rapporterade avvikelser i avvikelssystemet Treserva är här avser fallavvikelser och hälso- och sjukvårdsavvikelser. De gäller för egenregin inklusive externa utförare av omvårdnad för perioden oktober 2020 tom september 2021.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL avvikelser) kategoriseras i områden och aktiviteter i avvikelsemodulen enligt nedan. Antal anges för respektive område och aktivitet. Fall är en egen kategori och ingår inte i benämningen HSL avvikelser.

Område + antal	Aktivitet	Antal
----------------	-----------	-------

HSL/Hälso- och sjukvård = 1108	Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	388
	Fördröjd hälso- och sjukvård	103
	Utebliven hälso- och sjukvård	355
	Journalföring	165
	Munhälsa	4
	Trycksår	19
	Viktförlust - ofrivillig	1
	Vårdrelaterad infektion	6
	Bemötande	36
	Bruten sekretess	6
	Tillgänglighet – Svårighet att nå personal/ledning	25
HSL/Information = 136	Regionen – felaktig/fördröjd/uteliven information/planering	28
	Felaktig/fördröjd/uteliven information - kommunen	107
HSL/Läkemedel = 3541	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel iordningställt, bristande hantering)	469
	Ordnationsinformation – felaktig/fördröjd/uteliven	311
	Utebliven behandling – (glömd dos, ej iordningställd dos)	1224
	Läkemedel saknas vid kontrollräkning (narkotika)	485
	Läkemedel (denna är en felaktig aktivitet i modulen)	1047
HSL/MTP = 101	Felaktig/fördröjd/uteliven leverans	11
	Handhavandefel	72
	Produktfel	18
Summa:		4886
Fall = 6370	Fall med skada	1290
	Fall utan skada	5079

Avvikelseprocessen i avvikelsemodulen innehåller fem steg – *Rapportera, Utredda, Bedöma, Åtgärda, Följa upp och Avsluta*. Alla stegen ingår i kravet på hur en händelse som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada ska dokumenteras enligt krav i föreskrift och riktlinje.

Hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser i samtliga process steg:

Rapporterade	Ej hanterade	Utredda	Ingen avvikelse	Bedöma	Åtgärda	Följa upp	Avsluta
4886	866	4020	767	3253	2928	2488	2373

- Av 4020 hanterade avvikelser är 3140 (767 + 2373) avslutade och hanterade i samtliga steg i avvikelseprocessen. Det innebär att 78% av hanterade avvikelser är avslutade vilket är en klar förbättring mot tidigare år.
- 18% av rapporterade HSL avvikelse är inte hanterade alls.

Hantering av fallavvikelser i samtliga process steg:

Rapporterade	Ej hanterade	Utredda	Ingen avvikelse	Bedöma	Åtgärda	Följa upp	Avsluta
6370	1154	5216	3427	1789	1553	1274	1215

- Av 5216 hanterade fall avvikelser är 4642 (3427 + 1215) avslutade och hanterade i samtliga steg i avvikelseprocessen. 90% av hanterade avvikelser är avslutade vilket är en klar förbättring mot tidigare år.
- 18% av alla rapporterade fall avvikelse inte är hanterade alls.

Avvikelser till och från Region Örebro län 2021

Överenskommelse finns mellan Region Örebro län och Örebrokommun om en ingång för avvikelser mellan vårdgivarna enligt riktlinje Avvikelser Klagomål och synpunkter.

Avvikelser till Region Örebro ska chef hantera med registrering i avvikelsemodulen, åtgärd *Delges regionen* väljs och ärendet diarieförs Svar från region hanteras av diariet och delges chef i kommunen.

- 66 avvikelser är hanterade enligt ovan och delgivna Region Örebro län.
- 9 ärenden finns registrerade enligt rutin i w3d3
- Det saknas en enhetlig ordning och följsamhet till hantering av avvikelser till regionen vilket omöjliggör en sammanställning av hur många svar erhållits från Regionen

Avvikelser från Region Örebro län ska adresseras till social välfärd och fördelas till aktuell nämnd samt medicinskt ansvariga för fortsatt hantering.

- Antal avvikelser som Region Örebro delgivit Örebro kommun kan inte med säkerhet redovisas då följsamhet till ny rutin i regionen brister och många avvikelser skickas direkt till verksamhet och inte via social välfärd.
- 8 ärenden om avvikelser från Region Örebro län är registrerade i w3d3
- många ärenden hanteras utanför diarier.

Verksamheternas beskrivning sammanfattad av medicinskt ansvariga

Hantering av avvikelser

Majoriteten av alla verksamheter beskriver att de har rutiner och forum på enhetsnivå för att bedöma rapporterade avvikelser och komma fram till lämpliga åtgärder.

En del av de verksamheter som inte har legitimerad personal i sin egen organisation beskriver svårigheter när det gäller samverkan och gemensam utredning medan andra beskriver att det fungerar bra. Detta tyder på att det inte finns enhetliga rutiner upprättade för hur samverkan mellan legitimerad personal och utförare av socialtjänst ska gå till när det gäller avvikelshantering. Några verksamheter identifierar brister i analysen av avvikelserna som beskrivs som för tunn vilket gör det svårt att följa upp och bedöma om rätt åtgärd är vald.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen anger att de lyfter och hanterar en del avvikelser på ledningsgruppsnivå när det är aktuellt. Avvikelse kopplat till samverkan med ambulansen har resulterat i dialogmöte med regionen och ökad medvetenhet om varandras verksamheter och sina egna brister. En åtgärd utifrån detta är utbildning i beslutstöd och klinisk bedömning med start i december.

På vård och omsorgsboenden beskrivs avvikelseprocessen fungera bra. Avvikelse tas upp på omvårdnadskonferenser, både för hantering och för att få ett lärande i organisationen. Utbildningsinsatser för chefer har genomförts och tack vare den ihop med ökad följsamhet till rutinerna ser man att kvalitén i avvikelseprocessen förbättrats.

Flera verksamheter inom framför allt Fsi har identifierat att de inte har följsamhet till rapporteringsskyldigheten då det borde finnas fler avvikelser rapporterade än det gör. Även externa LOV-utförare har väldigt låga antal rapporterade avvikelser där det rimliga är att de borde vara fler.

Vanligaste typen av avvikelser

Glömd dos läkemedel är som tidigare den vanligaste avvikelserna och som bakomliggande orsak anges att personal blivit avbruten under arbetet och tappat fokus och glömt, att man inte signerar direkt efter att läkemedlet är givet eller att man inte läst ordinationshandlingarna och missat att ge något läkemedel. Även felaktiga ordinationshandlingar anges som en orsak. Åtgärder som genomförts utifrån bristerna är att införa rutin att man inte får avbryta en kollega som hanterar läkemedel utan vänta tills den är klar och att implementera gällande riktlinjer för läkemedelshantering. På några enheter har man satt påminnelser på mobilen för att inte glömma läkemedlen och på ett par av dessa har man sett effekten att antalet glömd dos minskat.

Fall är den näst vanligaste rapporterade händelsen. Fall och fallskador är den vanligaste skadeorsaken till inläggningar på sjukhus. Fall orsakar skador såsom frakturer, skullskador, skador på inre organ, sårskador och i värsta fall dödsfall. Även fall utan kroppsskada kan ge försämrad livskvalitet, eftersom den som fallit ofta begränsar sina aktiviteter av rädsla för att falla igen. Det gör att det är ett viktigt område att arbeta med förebyggande. Dock är majoriteten av alla fallhändelser inte att betrakta som en avvikelse då den inte är orsakad av brister i verksamheten.

Någon verksamhet har angett att de har avvikelser som gäller utebliven rehabilitering. Enligt statistiken finns det få inrapporterade avvikelser som gäller rehabilitering trots att det inte är ovanligt att sådana ordinationer prioriteras bort vid till exempel låg bemanning. Rehabilitering bedöms vara ett område där rapporteringsskyldigheten är bristfällig.

Analys

Verksamheten har bättre följsamhet till avvikelseprocessens samtliga steg vilket framgår både av verksamheternas egna redogörelser samt statistik från avvikelsemodulen. En direkt koppling görs till att fler verksamheter nu har rutiner och forum för hantering av sina rapporterade avvikelser.

Mönster av vilka avvikelser som rapporteras är oförändrat mot tidigare år, fall och läkemedelsavvikelser är fortfarande mer frekvent än andra områden där underrapportering ses tydligt, bland annat för trycksår, informationsbrister, läkemedel och ordinationsinformation, bruten sekretess.

Att närmre hälften av fallavvikelser har utretts och bemöts som en olyckshändelse kan vara helt relevant men med tanke på den låga prioritet det förebyggande arbetet haft de sista två åren finns anledning att fundera över hur bedömning görs vid slutsats att inga åtgärder hade kunnat förhindra fallhändelsen. Medicinskt ansvariga kommer med riktlinje om fall och fallförebyggande åtgärder inom kort och behöver tydliggöra vad som ingår i bedömning vid utredning.

Det är ett positivt resultat att fler avvikelser är hanterade jämfört med föregående år och det är av stor vikt att vårdgivaren fortsatt arbetar med kvalitetsarbete på området för att få följsamhet till att samtliga avvikelser utreds och analysera. Där ser medicinskt ansvariga behov av att chefer får stöd i avvikelshantering för att få till analys och åtgärder på systemnivå vilket är grunden för förbättringsarbete för att om möjligt händelser inte ska upprepas.

Klagomål och synpunkter

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

Av totalt 15 777 registrerade avvikelser i avvikelssystemet är 391 klagomål. I kommunens diarium saknas struktur för möjlig att sammanställa övriga inkomna klagomål och synpunkter som berör programnämndens område vård och stöd.

Samma förhållande om hantering av klagomål och synpunkter som beskrevs i förra årets patientsäkerhetsberättelse kvarstår vilket medför att en samlad analys av resultat inte blir möjlig att göra. Det råder fortfarande osäkerhet om hantering av klagomål och synpunkter. Verksamheten har svårt att avgöra vilka klagomål och synpunkter som ska rapporteras och hur de ska rapporteras då fler möjligheter finns, avvikelshantering i verksamhetssystemet och generellt till orebro.se via hemsidan. Verksamheten saknar arbetssätt och rutiner för hantering av klagomål och synpunkter.

Riskanalys

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

Många chefer har i sina verksamheter rutiner och utarbetade arbetssätt för hur riskanalyser ska genomföras. Mallar för riskanalys används i hög utsträckning vilket bidrar till en kvalitetssäkring. Ledning och analysledare arbetar mer medvetet med att ta med patientsäkerhetsperspektivet i de

verksamhetsövergripande riskanalyser som genomförs vilket är positivt. För majoriteten av alla risker som identifieras planeras åtgärder in med syfte att minimera de negativa följderna som kan komma med en förändring.

Fortfarande saknas dock riskanalyser för en del förändringar som genomförs. Det beror dels på att chefers kunskap om riskanalyser och när de ska genomföras varierar, dels på vilken inställning chefer har till riskanalyser. En del ser riskanalysen som ett hinder på vägen för den förändring som ska ske medan andra ser det som ett verktyg för att förändringen ska genomföras på ett så säkert och kvalitativt sätt som möjligt. Det behövs därmed fortsatt kompetensutveckling om riskanalyser som ett verktyg och stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.

Coronapandemin

Under 2021 har ett omfattande vaccinationsarbete pågått. Den kommunala hälso- och sjukvården har utfört vaccinering för många fler personer än de som har hälso- och sjukvård. Ca 15 000 vaccindoser har givits av sjuksköterskor. Arbetsbelastningen har varit hög och i perioder ökat mer för hela verksamheten. Detta beroende på att andra arbetsuppgifter behövt utföras och att sjukdom inom personalgrupper medfört låg bemanning.

Allmänna åtgärder och arbetssätt

Verksamheterna har haft fokus på att minska risken för smittspridning samt att genomföra vaccinationer. Det har skett anpassningar av smittförebyggande åtgärder inom vård och omsorg med hänsyn till vaccinationsstatus och epidemiologiskt läge. Åtgärder som har genomförts av alla verksamheter oavsett förvaltningsstillhörighet och om det är externa utförare eller egenregi är:

- Implementera och arbeta efter riktlinjer, rutiner och styrdokument kopplat till covid-19.
- Utbildningsinsatser till personal i basal hygien och smittskydd.
- Säkra tillgången på skyddsutrustning.
- Skapa förutsättningar för säkra besök av anhöriga och säkert utförande av gemensamma aktiviteter utifrån gällande restriktioner och rekommendationer.

Digitala lösningar för att samla information och kommunicera med varandra har fortsatt varit avgörande för arbetet. Man har förändrat organisation och ledning för att snabbt och effektivt kunna ta del av information och utbyta erfarenheter digitalt.

Konsekvenser för kompetensutveckling

Liksom föregående år har en del utbildningar ställts om till digitalt format och en del har behövt ställas in. Även nätverksträffar och liknande aktiviteter har legat nere eller utförts i begränsad omfattning även under 2021. Detta har medfört att kompetensutveckling fortsatt har blivit eftersatt inom många områden och behöver kompenseras framåt.

Verksamheternas beskrivning av pandemins konsekvenser på patientsäkerheten

Nedan följer sammanfattning av verksamheternas beskrivning av pandemins påverkan på patientsäkerheten.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Hemsjukvården (HSV, HSE och nattorganisationen)

Verksamheten har under året fokuserat på arbete med att förhindra smittspridning samt att genomföra vaccinationer. Det omfattande vaccinationsarbete som har pågått inom hemsjukvården och HSE har påverkat ordinarie verksamhet då vaccineringen krävt stor del av verksamhetens resurser. Man har vaccinerat målgrupper som verksamheten i vanliga fall inte har ansvar för. För att klara detta har verksamheten tagit in extra sjuksköterskor för att utföra vaccinering. Men arbetet har trots detta resulterat i en hög arbetsbelastning för enhetschefer, verksamhetsstödare och sjuksköterskor. Vaccinationsarbetet har tagit tid från ordinarie verksamhet och påverkat cheferna i

deras möjlighet att leda och följa upp verksamheten. En stor trötthet bland både medarbetare och chefer har lett till att de delar som gäller kvalitetsarbete, verksamhetsuppföljning har fått stå tillbaka och i många delar har det inte utförts. Parallellt har verksamheten haft perioder av låg bemanning kopplat till pandemin som också medfört risker ur en patientsäkerhetssynpunkt. Verksamheten har gjort riskbedömningar och satt in åtgärder, men pandemin och vaccineringen har påverkat hela verksamheten.

Verksamheten har utifrån ovanstående gjort avsteg från följande:

- Avsteg från delegeringsriktlinjen. Sjuksköterskor har förlängt alla delegeringar vilket var en nödvändig åtgärd. Men detta innebar att man 2021 haft en stor mängd delegeringar att hantera på rätt sätt.
- Verksamheten har inte genomfört riskbedömningar i hela teamet så som man ska arbeta exempelvis när det gäller riskbedömning enligt senior alert. Detta har fått konsekvensen att riskbedömningar inte genomförts på ett systematiskt sätt eller inte alls.
- Visam modellen har inte följts. Sjuksköterskor har prioriterat bort hembesök där det varit en akut situation genom att i stället direkt ringa ambulans. Detta har medfört onödiga ambulanstransporter och att patienter bedömts på fel vårdnivå.
- Verksamheten har under en lång tid haft svårt att genomföra utbildningar för medarbetarna och det har varit svårt att avsätta tid för kompetensutveckling. Detta har påverkat kunskapsnivån på enheterna och det blir en stor kompetensskuld att ta ikapp.

Verksamheten planerar 2022 att fokusera kompetenshöjning gällande Visam och att arbeta med beslutsstödet. Man behöver även ta ett stort omtag med arbetet med riskbedömningar enligt senior alert.

Hemvården

Samtliga verksamheter har följt kommunens styrdokument kopplat till covid-19 och ett nära ledarskap har haft en betydande framgångsfaktor hos verksamheterna. Systematiska arbetssätt har exempelvis genomförts i form av kundundersökning för att följa upp följsamhet till användning av visir och annan skyddsutrustning. Personal har haft god följsamhet kring basal hygien och användandet av skyddsutrustning samt att de vid minsta symtom stannat hemma i väntan på provsvar. Verksamheterna har även anpassats. Då fysiska teamträffar inte har kunnat genomföras har verksamheterna utvecklat andra kontaktkanaler för att kunna genomföra teamsamverkan. Några enheter har inte haft någon smitta av covid-19.

Vård och omsorgsboende

Verksamheterna har arbetat med utbildningar, handledning, handlingsplaner, personalförstärkning och information till anhöriga för att förhindra smittspridning. Chefer har arbetat aktivt med information, kommunikation och ett nära ledarskap. Man har uppmuntrat personal till vaccination. Verksamheterna har under året följt och implementerat uppdateringar av riktlinjer och rekommendationer. Personal har övat hur man ska klä på/av sig skyddsutrustning och säkerställt hantering av medicinteknisk utrustning. Vid smittspridning har behovet av isolering ökat. Det har uppstått svårigheter med att motivera personer med demensdiagnos som har haft behov av isolering i sina lägenheter.

Gruppaktiviteter har minskat och man har satt in åtgärder för att minska patienternas känsla av ensamhet genom att anpassa sociala aktiviteter. Särskilda besöksrum har upprättats. För att minska känslan av ensamhet ska minska har verksamheterna använt särskilda stimulansmedel för att arbeta med värdskap och anpassade aktiviteter.

Tullhuset – korttidsplatser för personer med covid-19

De platser som 2020 ställdes om från vanlig korttidsvård till korttidsvård för patienter med covid-19 har funnits kvar. Patienter med covid-19 och stora behov av vård och omsorg samt de som av olika anledningar har varit svåra att isolera från andra som har vårdats där.

I januari hade man ansträngt läge med ett flertal nya fall och man öppnade då ytterligare sex covid-platser. I slutet av mars såg man en minskning av behov av dessa covid-platser men man hade beredskap för att kunna öppna upp ytterligare platser om behov skulle uppstå.

Totalt har 88 patienter vårdats på dessa platser. De flesta med avancerad vård och syrgasbehandling. Alla patienter har fått eftervård och rehabilitering utifrån sina behov. 5 patienter har avlidit under vårdtiden på Tullhuset.

I juni hade man lägst antal personer med covid-19 smitta men var i ett läge med långa köer till särskilda boenden och behov av ”vanliga” korttidsplatser. Det har även under hösten varit få covid smittade men ett stort behov av ”vanliga” korttidsplatser.

Förebyggande verksamheter

Verksamheterna har hanterat risk för smittspridning på ett bra sätt. Det finns handlingsplan framtagen för att säkerställa att all personal arbetar enligt gällande rekommendationer och rutiner och riskbedömningar har utförts. De vårdhygieniska egenkontroller som genomförts under året har inte påvisat brister i följsamhet till basal hygien. Verksamheterna har haft ett nära samarbete med Vårdhygien. Hygiensköterska har under året genomfört utbildning med fokus på smittförebyggande åtgärder för all personal.

Pandemin har medfört att man även i år har anpassat verksamhet och arbetssätt inom dagvården vilket inneburit att behovsbedömda beslut under framförallt våren inte har kunnat verkställas fullt ut för ett stort antal personer med behov av vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering för att stödja kvarboende i ordinärt boende. Ett antal insatser som vanligtvis genomförts i grupp har genomförts individuellt i den enskildes hem eller närmiljö. Man har även haft anpassade enskilda besök på plats i dagverksamheten. Dessa anpassningar har varit mycket resurskrävande. Ett annat sätt att minimera konsekvenserna för den enskilde har varit samverkan med myndighetsavdelningen, hemvård och hemsjukvård som gått in med insatser i hemmet utifrån individens behov när de inte kunnat åka på dagverksamhet. Pandemin har gjort att färre ansökningar om dagvård inkommit och att ett antal personer som blivit beviljad plats önskat avvakta. Då smittspridningen sjönk under sommaren och restriktionerna lättade nationellt har en återgång till ordinarie verksamhet påbörjats under hösten inom dagverksamheterna.

Förvaltningen för funktionsstöd

Verksamheterna har arbetat intensivt med att hålla sig uppdaterade utifrån gällande styrdokument med all information som regelbundet kommit och uppdaterats. Medarbetare har haft god tillgång till rutiner och riktlinjer. Informationsspridning har främst skett via en särskild kanal i Teams för information gällande covid-19. I den kanalen finns aktuella rutiner och riktlinjer vilket har förenklats för personalen att söka information vid behov ställa frågor. Kanalen har bidragit till att personal och servicemottagare på ett säkert sätt har kunnat efterleva styrdokument.

Cheferna har arbetat med ett nära ledarskap exempelvis genom dagliga avstämningar med enheterna via teams och telefon för att hela tiden hålla sig uppdaterad om läget samt för att vara behjälplig om behovet uppstår. Detta har skapat en känsla av närhet trots distansen till sina verksamheter. Prioritetsordningar av insatser har gjorts och man har arbetat mycket med att planera för eventuell lågbemanning. Chefer har haft avstämningarna med varandra för att hålla koll på läget i verksamheterna, se över skyddsmaterial och se över bemanningen tillsammans. Omfördelning av resurser har skett vid behov. Enheterna har haft tät kontakt med sjuksköterska på HSE som har varit ett bra stöd och behjälpliga vid provtagning, vaccinering etc.

Verksamheterna har behövt anpassa kommunikation för servicemottagaren med hjälp av bilder exempelvis vid handtvätt så att den sker på ett säkert sätt. Verksamheterna har även arbetat med att skapa en förståelse hos servicemottagarna och nya strukturer för dem för att i möjligaste mån undvika smittspridning, både i samhället i stort och i verksamheterna. Personal har arbetat mycket med att motivera personer till att tex stanna hemma vid sjuksymtom, testa sig, hålla

avstånd. Detta har ökat säkerheten för servicemottagarna utifrån covid-19 perspektivet. Lokal rutin för säkra besök finns på verksamheterna.

Externa utförare

Verksamheterna har följt de nationella rekommendationerna att personal med symtom ska stanna hemma tills de varit symtomfria alternativt fått ett negativt provsvar. De har aktivt arbetat med att informera och påminna varandra, anhöriga och vårdtagare om aktuella rekommendationer.

Några verksamheter har haft låg sjukfrånvaro bland sin personal och andra har haft ökad sjukfrånvaro samt personal som varit hemma för vård av barn. Alla verksamheter uppges ha arbetat utifrån de rutiner som finns för att förhindra smittspridning, kontrollerat och följt upp följsamhet till basala hygienrutiner.

Lägesrapporter har skickats till kommunen varje vecka med information om misstänkt smittade och bekräftat smittade personal och vårdtagare.

En verksamhet har haft tillgång till antigenest på kontoret som erbjudits personalen.

De verksamheter som bedriver dagvård/daglig vård beskriver att de gjort anpassningar i sina verksamheter genom att minska antal personer vid samma bord i matsal/restaurang, att deltagare gått i mindre grupper till lunchen för att undvika köbildning, att personal serverat maten och påmint om avstånd samt erbjudit vårdtagare munskydd. Vissa av dess åtgärder har succesivt tagits bort med minskad smittspridning och hög vaccinationsgrad.

Samlad analys av medicinskt ansvarig

Kommunal hälso- och sjukvård handlar om avancerade bedömningar, omvårdnad, rehabilitering och medicinska åtgärder och patientsäkerheten är helt beroende av att det finns tillräckliga resurser och ett fungerande multiprofessionellt teamsamarbete.

Sjuksköterskor och arbetsterapeuter måste få förutsättningar att återta många av de arbetsuppgifter och bedömningar de idag överlåter till omvårdnadspersonal. En underdimensionerad vård och omsorg har lett till en förskjutning av ansvar för hälso- och sjukvård från legitimerad personal till omvårdnadspersonal, ett faktum som även belysts av Coronakommissionen. Legitimerad personal är för få till antalet för att hinna med sina arbetsuppgifter vilket gör att de inte utför allt verksamheten har ansvar för men också överlåter mer än vad som är förenligt med en god och säker vård. Legitimerad personal behöver också få förutsättningar att vara nära i vården tillsammans med övriga professioner för att skapa utrymme för ett lärande. Ett nära teamsamarbete är en förutsättning för god kvalitet.

Medicinskt ansvariga har valt att i årets patientsäkerhetsberättelse lyfta fram stödfunktioner med spetskompetens som de ser är en av vårdgivarens viktigaste resurser för att uppnå nödvändig kompetens för den kommunala hälso- och sjukvårdens kärnuppdrag. Dessa områden är; dokumentation, läkemedelshantering, palliativ vård, demensvård, klinisk bedömning, basal hygien och förflyttningsteknik.

Funktioner med spetskompetens, vars uppdrag är att vara organisationens verktyg för verksamhetsutveckling, finns inom flera av dess områden för att sprida kunskap själva eller via ombud/handledare. Dessa funktioner är avgörande för verksamhetens kompetensutveckling och för en bred implementering av de nya och reviderade riktlinjerna vars syfte just är att stärka patientsäkerheten.

I dag finns inte tillräckliga förutsättningar för att befintliga funktioner med spetskompetens ska kunna användas fullt ut, varken ekonomiskt eller organisatoriskt. Det behöver ses över.

Behov av att ta fram en övergripande strategi för patientsäkerhetsarbetet kvarstår. Det är ett viktigt steg i att skapa en patientsäkerhetskultur. Patientsäkerhetskultur beskriver Sveriges kommuner och

regioner (SKR) som en organisations vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera så att säkerhet främjas. Enligt nationell handlingsplan ska alla huvudmän ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 2020–2024. Idag finns ingen strategi för en patientsäkerhetskultur i Örebro kommun och framtagandet behöver prioriteras.

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

Mål och strategier för 2022

Kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet utifrån analys av redovisade resultat.

Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att alla chefer ska ha kunskap om sitt hälso- och sjukvårdsansvar
- att verksamheten har de rutiner upprättade som krävs i övergripande styrdokument

Hälso- och sjukvårdsprocessen:

- att delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter hanteras på ett säkert sätt som främjar god och säker vård utifrån riktlinjer.
- att legitimerad personal ska ha kunskap i dokumentation utifrån riktlinje för hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation.

Systematiskt kvalitetsarbete:

- att verksamheter följer sina resultat i verksamhetssystem och kvalitetsregister
- att kunskapen om avvikelserprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder
- att öka kunskapen om hur övergripande analys av avvikelser görs.
- att skapa forum för att få en lärande organisation och lyfta resultat på en aggregerad nivå

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

- att skapa förutsättningar för att funktioner med spetskompetens ska kunna arbeta med kompetensutveckling utifrån uppdrag

Utifrån ovanstående mål och strategier behöver verksamheten i samverkan med medicinskt ansvariga fortsätta arbetet med handlingsplan. Handlingsplanen ska innehålla aktiviteter, ansvariga och plan för uppföljning av effekt.