

# Patientsäkerhets- berättelse.

Vårdgivaren Örebro kommun 2018

Beslutad av Programnämnd Socialvård, 2019-02-07  
Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

# Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet under 2018

*Mål, de viktigaste åtgärderna som vidtagits och en blick framåt*

## Mål och strategier

Programnämnd social välfärd beslutade om följande målområden för verksamheterna att förbättra och utveckla under 2018 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- Säkerställa teamsamverkan utifrån patientens mål
- Utveckla och säkra journalföring och informationsöverföring
- Utveckla systematiskt förbättringsarbete genom, riskanalyser, egenkontroller och avvikelseprocessen.
- Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

## Åtgärder som vidtagits

- Struktur för dialog om ansvar och styrning av hälso- och sjukvårdsprocessen har påbörjats mellan medicinskt ansvariga, förvaltningschefer och verksamhetschefer.
- Medicinskt ansvariga har i dialog med ledning påbörjat uppbyggnaden av ett systematiskt arbetssätt för patientsäkerheten i verksamheterna. Det innebär att utveckla och analysera egenkontroller, riskanalyser och avvikelser.
- Nytt och anpassat arbetssätt har införts för att möta krav i ”Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”.
- Ny riktlinje för avvikelshantering och en ny avvikelsemodul i verksamhetssystem har fastställts och implementering pågår.
- Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser har införts i hela vård och omsorgsförvaltningen vilket möjliggör stöd och kontroll för att systematiskt kunna följa genomförandet av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Projekt Närsjukvårdsteam Örebro har pågått för att ge en individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn ska leda till att vården optimeras i hemmet för den enskilde som därmed kan undvika onödig slutenvårdsvistelse.

## En blick framåt

Flera av de brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2017 kvarstår. Uppsatta mål för 2018 har inte uppnåtts även om det finns verksamheter som har påbörjat förändringsarbete och uppnått resultat kopplat till målen.

Arbetet under 2019 behöver ha fortsatt fokus på:

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

## Innehåll

<b>Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet under 2018.....</b>	<b>3</b>
Mål och strategier .....	3
Åtgärder som vidtagits .....	3
En blick framåt.....	3
<b>Inledning .....</b>	<b>5</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	8
Klagomål och synpunkter .....	9
Egenkontroll .....	9
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>10</b>
Målområden och strategier 2018.....	10
Riskanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador .....	12
Informationssäkerhet.....	14
Arbetsterapeuter och fysioterapeuter .....	14
Barn och unga .....	14
Basal hygien.....	15
Behandlande madrasser.....	15
Demensteam.....	15
Digital signering .....	16
Egenvård .....	16
Hjärt-lungräddning inom kommunal hälso- och sjukvård.....	17
In- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård .....	17
Kontinenssamordnare.....	17
Medicintekniska produkter .....	18
Närsjukvårdsteam Örebro.....	18
Nutrition.....	19
Palliativ vård .....	19
Psykisk ohälsa.....	20
Rehabilitering.....	20
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>20</b>
Målområden och strategier 2018.....	20
Egenkontroll .....	22
Avvikelser .....	28
Klagomål och synpunkter .....	30
Riskanalys.....	30
In- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård .....	31
Samlad analys av medicinskt ansvarig .....	31
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>31</b>

## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen 2018 sammanfattar Vård- och omsorgsförvaltningens och Förvaltningen för funktionshindrades 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 2019.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

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

Utifrån de brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2017 har programnämnden beslutat om fyra målområden för 2018 som verksamheterna i vård och omsorgsförvaltningen och förvaltningen för funktionshindrade ska förbättra och utveckla under 2018 som ett led i att stärka patientsäkerheten:

- Säkerställa teamsamverkan utifrån patientens mål
- Utveckla och säkra journalföring och informationsöverföring
- Utveckla systematiskt förbättringsarbete genom, riskanalyser, egenkontroller och avvikelseprocessen.
- Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

För att utveckla ett systematiskt arbetssätt har förvaltningarna skapat en struktur för hur patientsäkerhetsfrågor ska hanteras i chefsorganisationen i samråd med medicinskt ansvariga på en aggregerad nivå.

### Organisation och ansvar

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

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

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

Programnämnd social välfärd har ansvaret att utöva ledningen av hälso- och sjukvården för samtliga av Programnämnd social välfärds definierade utförare inom vård och omsorgsområdet. De är även ansvariga för att beställa, teckna avtal och finansiera uppdragen för annan utförare av hälso- och sjukvård.

Inom Programområde social välfärd ingår Vård- och omsorgsnämnd öster och Vård- och omsorgsnämnd väster samt Nämnden för funktionshindrade.

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

Ledningsgrupper med tjänsteman finns i tre nivåer

- Förvaltningschef med verksamhetschefer
- Verksamhetschefer med avdelningschefer
- Avdelningschefer med enhetschefer

Medicinskt ansvariga ingår inte i någon av ledningsgrupperna utan tillhör kommunsstyrelseförvaltningen, Myndighetsavdelningen.

Örebro kommun har privata utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) i hemvården 11 olika utförare och daglig verksamhet 2 utförare. Tre vård och omsorgsboenden och ett gruppboende är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).

### **Vårdgivare**

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

### **Verksamhetschef enligt HSL**

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ha en verksamhetschef utsedd. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är vårdgivaren som ansvarar för att utse verksamhetschef HSL. Det är också vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som den ska ha förutom de uppgifter som alltid ingår. Det är idag otydligt vem som är verksamhetschef enligt HSL i Örebro kommun.

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

### **Medicinskt ansvariga**

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

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

### **Chefer**

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

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

### Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som ska vara en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen 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 arbetsuppgifter efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

### Särskilda funktioner med spetskompetens

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

- **Primärvården:** regelbundna träffar mellan medicinskt ansvariga och chefsöverläkare och samordnare för primärvården, varje kommunal enhet samverkar med den lokala vårdcentralen.
- **Centrum för hjälpmedel (CFH):** samverkan sker i länet mellan representanter för varje länsdel och chef för centrum för hjälpmedel.
- **Externa utförare och entreprenader:** i fastställda forum.
- **Läkemedelsenheten:** på USÖ sker genom regelbundna träffar, MAS representant för samtliga kommuner deltar.
- **Medicinskt ansvariga i länets kommuner:** har regelbundna nätverksträffar.
- **Vuxenhabiliteringens arbetsterapeuter:** sker 2 gånger per år där ansvaret för kallelsen ligger omväxlande hos kommunen och Vuxenhabiliteringen. Vuxenhabiliteringens arbetsterapeuter kallas årligen till nätverksträff i Örebro kommun.

- **Palliativa rådet:** Rådet är en samverkan mellan länets kommuner samt Region Örebro län och består av olika professioner samt representanter från alla länsdelar.
- **Kliniskt träningscenter (KTC):** Här kan enskilda medarbetare och team inom vård och omsorg träna, utveckla och fördjupa sina kunskaper.
- **Kompetensgrupp sår:** Regional grupp där medicinskt ansvariga är representerade.
- **Samverkansgrupper:** Äldre och somatisk, Psykisk ohälsa och missbruk, mfl.

### Styrdokument för hälso- och sjukvård

På Örebro kommuns hemsida [www.orebro.se](http://www.orebro.se) under ”Hälso- och sjukvård – utförare” finns de styrdokument som ska användas för hälso- och sjukvården inom vårdgivaren Örebro kommun. Där finns bland annat lagar, riktlinjer, rutiner och metodstöd indelade i olika ämnesområden.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

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

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

Information om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, patientsäkerhetsberättelse och annan aktuell information ska finnas på kommunens hemsida och ska hållas uppdaterad. Annan samverkan sker exempelvis genom pensionärsråd och anhöriggrupper.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

Alla medarbetare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med att rapportera händelser är att dra lärdom för att förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Händelser rapporteras inte bara utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) utan även utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Avvikelserna ska hanteras enligt gällande riktlinje.

### Rapportering och utredning av händelser

Den som upptäcker en avvikelse ska rapportera till tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef som ska bedöma vilka åtgärder som ska vidtas, samt dokumentera dessa i patientens journal.



Den som upptäcker avvikelser skriver avvikelserapport i Treserva. Detta ska ske i så nära samband med händelsen som möjligt. Där noteras även om sjuksköterska, arbetsterapeut eller enhetschef kontaktats om händelsen. Sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef dokumentera sina delar av utredning, bedömning och åtgärder i avvikelsemodulen, och följer sedan upp om åtgärderna har haft effekt. Chefen ansvarar för att samordna, driva och följa upp processen. Allvarliga händelser ska meddelas medicinskt ansvariga för ställningstagande till fortsatt handläggning.

Verksamhetschef enligt HSL § 29 ansvarar för att verksamheten följer de riktlinjer som finns och att medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare gör bedömning om en utökad utredning är aktuell och om anmälan till IVO (inspektionen för vård och omsorg) ska göras.

## Klagomål och synpunkter

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

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

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

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

Klagomål ska besvaras snarast på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och utifrån den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information.

Verksamheten ska ge en förklaring till vad som har inträffat, och när aktuellt en beskrivning av vilka åtgärder som avses att vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

## Egenkontroll

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

*Egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.*

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Mätning genomförs, resultat analyseras, förbättringsområden identifieras, åtgärder vidtas och utvärderas. Resultat återkopplas på enhetsnivå och övergripande nivå för en lärande process.

Egenkontroller utifrån uppföljning som under året har genomförts kopplat till områden för fördjupat systematiskt kvalitetsarbete är:

- Basal hygien
- Dokumentation- Kollegial journalgranskning
- Avvikelsehantering

Andra egenkontroller som görs är:

- Antal aktivitetsbedömningar i verksamhetssystemet FSAdis.
- Besiktning av sängar och personlyftar.
- Egenkontrollen Hälso- och sjukvård har utförts av Förvaltningen för funktionshindrade.

- Extern kvalitetsgranskning av hantering och förvaring av läkemedel.
- Följsamhet till beslutade webbutbildningar.
- Kvalitetsregister: Senior alert, Svenska palliativ registret.
- Loggningskontroller NPÖ (nationell patientöversikt).
- Loggningskontroller från verksamhetssystem för dokumentation på förekommen anledning.
- miniQ – webbaserat analysverktyg vid läkemedelsgenomgångar (Vård och omsorgsboende) läkemedelsindikatorer.
- Personalkontinuitet de sista två levnadsveckorna – palliativ vård.

### Kvalitetsuppföljning

Systematiska kvalitetsuppföljningar av enheter inom vård- och omsorgsförvaltningen genomförs av uppföljningsenheten. Medicinskt ansvariga deltar och följer upp hur verksamheterna arbetar utifrån sitt ansvar att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser.

## 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.*

### Målområden och strategier 2018

#### Säkerställa teamsamverkan utifrån patientens mål

Följande förstärkning av förutsättningar för teamsamverkan har gjorts under 2018:

- Inom vård och omsorgsförvaltningen har rutin för teamträffar reviderats och implementerats i både hemvård och på vård- och omsorgsboenden.
- Tidigare omorganisation med centralt placerade driftsplanerare i hemvården under 2017 har åter flyttats till hemvårdsgrupperna.
- Utredning i hemmet, arbetssätt för temabaserad utredning av individens behov vid hemgång från slutenvården, har utökats och ska omfatta samtliga personer som skrivs ut från slutenvården.
- Projektet Rehabiliterande team har jobbat för att få ett gemensamt vårdpreventivt arbetssätt på vårdboendena. Tydlig rutin finns framtagen för att kunna få ett teamarbete samt att fokus ska vara på vad som är viktigt för individen (individens mål).
- Inom dagverksamheterna är rutin upprättad för en bättre informationsöverföring och teamsamverkan med hemvård, hemsjukvård och fysioterapeuter.
- Minnesmottagningen har gjort resursförstärkning för att stärka teamarbetet med andra aktörer.

#### Utveckla och säkra journalföring och informationsöverföring

Under 2018 har följande åtgärder påbörjats eller genomförts:

- Kollegial journalgranskning har genomförts av legitimerad personal med fokus på frågeställningar om vårdplaner och hur dessa fördelas till baspersonal.
- Rutin har tagits fram för funktionsbrevlådorna i Treserva för att säkerställa att personkänsliga uppgifter hanteras korrekt.

- Koncept för införande av språkombud är framtaget inom vård- och omsorgsförvaltningen och förvaltningen för funktionshindrade. Ombuden ska stötta kollegor i språkfrågor och utbildning startar februari 2019.
- Verksamhetssystemet Lifecare som används för informationsöverföring mellan vårdgivare vid in och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har anpassats utifrån ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården.
- I hemvården har en processkartläggning gällande informationsöverföring genomförts.
- Inom vård och omsorg pågår en utbildningsinsats av handledare i dokumentation för baspersonal.

## **Utveckla systematiskt förbättringsarbete genom, riskanalyser, egenkontroller och avvikelseprocessen**

### **Riskanalyser**

Under året har åtgärder inte vidtagits för att tydliggöra eller stödja verksamheterna i att göra riskanalyser kopplat till patientsäkerhet.

### **Egenkontroller**

Medicinskt ansvariga har i dialog med verksamhetschefer valt ut tre områden för egenkontroll som verksamheterna fått i uppdrag att arbeta mer intensivt med under året. Syftet med att fokusera på några specifika områden är att utveckla och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet med analys, förbättringsåtgärder, uppföljning och återkoppling. Områden för 2018 har varit:

- Basal hygien
- Dokumentation
- Avvikelsehantering

Chefer har analyserat resultat och redovisat en sammanställning till medicinskt ansvariga utifrån följande frågeställningar:

- Vilka brister/trender/mönster ser du inom respektive område utifrån de egenkontroller som enheter/verksamheter gjort?
- Beskriv förbättringsåtgärder som genomförts och påbörjats utifrån de brister som identifierats i analys av egenkontroller, avvikelser och klagomål.
- Beskriv förväntad effekt/resultat av dessa förbättringsåtgärder.
- Beskriv hur uppföljning av vidtagna åtgärder ska göras.

### **Avvikelseprocessen**

Grunden till avvikelshantering är vårdgivarens skyldighet att rapportera och utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Utveckling mot att verksamheten fullföljer och dokumenterar hela utredningen av händelser (avvikelser) i enlighet med ny forskrift om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete, har pågått under året. En ny avvikelsemodul och ny riktlinje ger stöd för den processen. Syftet är att genom åtgärder, kopplade till identifierad avvikelseorsak, och uppföljning ge stöd för ett systematiskt förbättringsarbete på systemnivå.

Den nya modulen är uppbyggd för att underlag ska kunna analysera på systemnivå och uppdelat på olika lagrum. Nya modulen infördes i oktober. Den ställer krav på ett förändrat arbetssätt för verksamheten.

## Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

Åtgärder för att tydliggöra styrning och organisation för kompetensutveckling och en sammanhållande struktur och ansvar för de internt utbildare som finns i kommunen har inte genomförts under året.

Webbaserade utbildningar (nationella, regionala och lokala) erbjuds inom förvaltningarna i allt större omfattning.

## 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 kunnat inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.*

Flera förändringar har genomförts under året där riskanalys genomförts enligt Örebro kommuns modell, tex. inför förändring av hemvårdsorganisationen, vid införandet av digital signering, mm. Verksamheterna har inte genomfört några riskanalyser med fokus på patientsäkerheten.

Risakanalyser på enhetsnivå och övergripande nivå genomförs i huvudsak utifrån ett arbetsmiljöperspektiv vilket endast indirekt har en påverkan på patientsäkerheten. På individnivå görs riskanalyser men det behöver utvecklas, framför allt hur det dokumenteras och följs upp. I strukturen för vårdplaner i verksamhetssystemet finns riskanalys inlagt men det används sällan.

## Utredning av händelser - vårdskador

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

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

Medicinskt ansvariga utreder i dialog med ansvarig chef de händelser som i riskmatris bedöms som allvarliga eller bedöms utgöra risk för allvarlig händelse. Nedan beskrivs några av de ärenden som varit aktuella under året.

### Lex Maria

**Förvaltningen för funktionshindrade.** Händelsen är kopplad till läkemedelshantering, en patient kom in i enhetens läkemedelsförvaring och intog läkemedel. Åtgärder är vidtagna för att förhindra att liknande händelser händer igen både lokalt samt i hela förvaltningen. En ny rutin för läkemedelshantering är utarbetad som innehåller en mall för upprättande och säkerställande av läkemedelshantering inom varje verksamhet.

**Vård och omsorgsförvaltningen.** Utebliven sårsläkning trots olika behandlingar leder till en underbensamputation. I detta fall identifieras brister både i den kommunal hälso- och sjukvården och hos annan vårdgivare. Dialog med primärvården och slutenvården om gemensam sårvårdsjournal för att kunna följa dokumentation och ett särs utveckling i hela vårdkedjan har initierats.

### Anmälan till läkemedelsverket

En patient drabbades av en skada vid en förflyttning där ett hjälpmedel användes. Läkemedelsverket tog del av leverantörens utredning och avskrev ärendet då utredningen visade att det inte var fel på produkten. Skadan bedömdes dels bero på felaktig hantering

av hjälpmedlet samt bristande kompetens hos personalen. Verksamheten vidtog åtgärder för att förhindra att liknande situationer händer igen.

### **Internutredning medicinskt ansvariga**

Förvaltningen för funktionshinderade:

- Medicinskt ansvarig kopplas in utifrån händelse kopplad till "Fördröjd/utebliven omsorg och stöd". Internutredning utförs av Medicinskt ansvarig samt av Socialt ansvarig samordnare (SAS). Medicinskt ansvariga bedömer inte händelsen som en allvarlig vårdskada utifrån lagrum HSL.
- Avvikelse "Läkemedel saknas" upprättad utifrån att kontrolläkemedel saknas. Enhetschef inleder utredning. Det framkommer att det finns brister kopplade till hantering av signeringslistor samt att det inte regelbundet har utförts kontrollräkning på enheten. Åtgärdsplan upprättas och följs upp.
- Enhetschef på hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) har utfört två internutredningar kopplade till bristande hälso- och sjukvård samt brister i samverkan med annan vårdenhet internt.

Vård och omsorgsförvaltningen:

- Begäran om yttrande från Patientnämnden då anhöriga har synpunkter på handläggning av sjuksköterska av patient. Ärendet gällde oklarheter varför inte patienten skickades till sjukhuset. När sjuksköterskan var hos patienten kontaktades också läkare som bedömde att patienten kunde vara kvar hemma. Anhörig ringde sedan själv efter ambulans och patienten kom till akuten och fick där antibiotikabehandling.
- Klagomål från anhöriga angående personalens hantering av patients försämrade hälsotillstånd under sommaren. Internutredning görs och anhöriga erbjuds samtal och får även en skriftlig redogörelse. Anhöriga väljer även att skicka klagomålet till IVO som sedan begär in yttrande och utredning. Åtgärder som vidtogs av verksamheten var att se över rutiner för rapportering och dokumentation bl.a att utbilda personalen i SBAR, en struktur för kommunikation i vården samt göra journalgranskning. Svar från IVO har inte inkommit än.

### **Avvikelse skickade till andra vårdgivare**

Förvaltningen för funktionshinderade:

- De två avvikelser som skickats till annan vårdgivare handlar om händelser kopplade till akutmottagningen och brister i omhändertagande av patient samt utebliven information till kommunens sjuksköterska i samband med hemgång från akutmottagning.

Vård och omsorgsförvaltningen:

- Det har skickats ett antal avvikelser till annan vårdgivare som handlar om bemötande, läkemedel, bristande information inför hemgång, bristande information om förändring av behandling, att personen kommer hem med kvarglömd perifer ven kateter, mm.

### **Avvikelse från andra vårdgivare**

Förvaltningen för funktionshinderade:

- Avvikelse skickad från slutenvården till Örebro kommun eftersom kommunen inte planerat för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser inför hemgång. Vid granskning utförd av medicinskt ansvarig visar det sig att Myndighetsavdelningens handläggare inte följt befintlig rutin för hantering av patienten i verksamhetssystemet Lifecare. Det har fått till följd att patienten inte funnits med på arbetsterapeuternas och sjuksköterskornas inläggandelista och

därmed har legitimerad personal inte haft vetskap om patienten. Åtgärder för att tydliggöra och implementera rutinen vidtogs omedelbart av ansvarig gruppleddare på Myndighetsavdelningen.

Vård och omsorgsförvaltningen:

- Avvikelse från ambulansen som åkt på larm till ett boende då personen hastigt försämrats. Otydligheter fanns om hjärt- och lungräddning var aktuellt eller inte aktuellt vilket försvårade bedömning och agerande för ambulanspersonalen. Rutiner fanns men följdes inte. Nu finns en upprättad länsövergripande Riktlinje om hjärt-lungräddning för kommunal hälso- och sjukvård.
- Andra avvikelser från ambulansen handlar om att sjuksköterska inte använt verktyg beslutsstöd och i något fall har det orsakat en försening av ambulanstransport och bedömning av prioritering

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

*Åtgärder som genomförts kopplat till informationssäkerhet.*

Enligt Örebro kommuns Informationssäkerhets policy ska den som är informationssäkerhetsansvarig årligen rapportera läge och status gällande informationssäkerhet till kommundirektören och kommunstyrelsen. Särskilda skäl, som exempelvis allvarliga incidenter, brister eller behov, kan motivera ytterligare rapporteringar.

Ny rutin för Informationsöverföring via Treservabrevlådor Användning och hantering, har fastställts och implementerats för att säkerställa att personkänsliga uppgifter inte hanteras via dem.

## Arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Kommunerna i Örebro län har idag inga fysioterapeuter anställda inom sin verksamhet och Region Örebro läns primärvård har inga arbetsterapeuter inom sin verksamhet. Denna uppdelning grundar sig på politiskt beslut i samband med ÅDEL-reformen, då kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård avseende vård av äldre och för personer med funktionsnedsättning.

Utredningar har visat att patienterna inte får sina behov av rehabilitering bedömda och att de inte får de insatser de har behov av. Det finns stora brister i teamsamverkan, informationsöverföring och framförallt att rehabiliteringsinsatserna och resurserna utgår ifrån organisationens strukturer och inte från patienternas behov.

En omvärldsspaning visade att samtliga kartlagda län har en organisation där arbetsterapeut och fysioterapeut finns både inom primärvård och i kommunen och att det är en vinst i att kompetenserna finns hos varje huvudman.

Behov finns av en förändring av gränssnittet där respektive organisation ska ha möjlighet att anställa båda professionerna, för att tillgodose invånarnas behov av rehabilitering. Förslag på hur detta skulle kunna genomföras finns och ska processas både i tjänstemannaled och i politiken i kommunerna i länet samt i Region Örebro län.

## Barn och unga

”Chefsgruppen för samverkan” gav en arbetsgrupp uppdrag att revidera överenskommelser mellan länets kommuner och Region Örebro län gällande barn och unga kopplat till hälso- och sjukvård och egenvård. Arbetsgruppen kunde inte slutföra

uppdraget med revision av ”Överenskommelse om ansvar för hemsjukvårdsinsatser för barn och ungdomar upp till 18 år i Örebro län” utifrån gällande gränssnitt. Den somatiska hemsjukvården gäller för personer över 18 år och Region Örebro län ansvar för hälso- och sjukvård för barn och unga.

Kommunen har inte sjuksköterskor med specialistkompetens inom området barn och unga vilket grundar sig i ÄDEL-reformen då kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård avseende vård av äldre och för personer med funktionsnedsättning. Kommunerna övertog ansvar upp till sjuksköterskenivå för dessa personer som efter beslut av kommunen bor i särskild boendeform.

Ett fortsatt arbete behövs för att tydliggöra kommunens hälso- och sjukvårdsansvar för barn med LSS beslut och insatsen bostad med särskild service. I nuläget utförs kommunal hälso- och sjukvårdsinsats via Hälso- och sjukvårdsenheten, HSE och det behöver tydliggöras om det skett någon skatteväxling av hälso- och sjukvårdsansvaret. Den nämnd som placerar ett barn i boende med särskild service måste alltid förvissa sig om att barnets behov av hälso- och sjukvård kan tillgodoses och vem av huvudmännen som ska ansvara för vad. En förutsättning för att säkerställa detta är att upprätta ”Samordnad individuell plan” (SIP).

## Basal hygien

Basal hygien ska enligt SOSFS 2015:10 tillämpas av all personal som är yrkesmässigt verksam eller under utbildning i alla vårdssituationer, då personal har fysisk kontakt med personer och där det finns risk att smitta överförs oavsett om det finns känd smitta eller inte. Alla medarbetare i vårdtagarnära vård är skyldiga att följa föreskrifter samt riktlinjer och rutiner.

Arbetsmiljöverkets ”Smittrisker”, AFS 2018:4 trädde i kraft 2018-11-19. HR-avdelningen arbetar med implementering i verksamheterna. Medicinskt ansvariga har kartlagt befintliga riktlinjer och rutiner kopplat till hälso- och sjukvården, påbörjat revidering av Örebro kommuns riktlinje samt startar upp arbete med att revidera länsövergripande dokument tillsammans med hygiensjuksköterska.

## Behandlande madrasser

Ansvar för behandlande madrasser har i Örebro län delats av kommunen och regionen och flera olika professioner har varit inblandade i förskrivningen. Tidigare rutin har bedömts vara omständlig och ineffektiv. Chefsgruppen social välfärd tillsatte en arbetsgrupp där representanter för medicinskt ansvariga i länet har deltagit. Ny rutin antogs som innebär att ansvaret för att förskriva behandlande madrasser för sårkategori 3 och 4 övergår till sjuksköterskor i kommunen från och med den 1 december i år. CFH (centrum för hjälpmedel) ansvarar för distributionen av madrasserna och ny rutin för förskrivning av behandlande madrasser är framtagen och gäller länets alla 12 kommuner. Då implementering brustit och vissa konsekvenser av ny rutin förbisett kommer rutinen att följas upp under 2019.

## Demensteam

Demenscentrum har fått i uppdrag att utveckla delar av demensvården. Under 2018 har grundutbildning till arbetslag på grupp/vård boende genomförts vid 10 ggr á 2 dagar. Information till enhetschefer om vårdkedjan för personer med demenssjukdom har givits under hösten vid 4 tillfällen.

Under hösten anställdes ett demensteam, en sjuksköterska med specialistutbildning vård av äldre och en arbetsterapeut. De ska finnas som stöd till medarbetare i Örebro kommun för att konsulteras, handleda och utbilda i bland annat BPSD registret. De ska samarbeta med geriatriska demensteamet, minnesmottagningen med flera.

Utbildning till personal som möter personer med demenssjukdom/kognitiv svikt som bor i ordinärt boende och utbildning för biståndshandläggare är planerade och startar 2019.

## Digital signering

Breddinförande av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter påbörjades under 2017 och fullföljdes under året i Vård och omsorgsförvaltningen. Införandet är uppskjutet tills vidare i Förvaltningen för funktionshindrade.

Hälso- och sjukvårdsuppgifter signeras digitalt av samtlig personal i Vård och omsorgsförvaltningen och av externa utförare av omvårdnad.

Verksamhetssystemet för digital signering ger legitimerad personal möjlighet att kvalitetssäkra processen med delegerade och fördelade insatser som utförs av omvårdnadspersonal. Rätt personal med rätt kompetens kan kopplas till en insats. Det ger också stöd till personalen om vad, när och hur en hälso- och sjukvårdsinsats ska utföras.

Hälso- och sjukvårdsinsatser kan på ett nytt sätt styrs och anpassas utifrån det behandling och den enskildes hälso- och livssituation. Systemet ger underlag för att effektivt samordna hälso- och sjukvårdsinsatser med övriga insatser för en optimal planering utifrån den enskildes behov och aktuella behandlingar.

### Antal signeringar under en månad

Under en månad signerades totalt 436 320 hälso-och sjukvårdsinsatser, 92 % av insatserna var signerade och av dessa var 85 % signerade i tid.

Insatser är fördelade enligt nedan:

Insats	Antal	Insats	Antal
Läkemedel	350 000	Kateterrelaterade åtgärder	1 800
Övriga HSL-insatser	20 000	Funktionsträningar	1 800
Nutritionsbehandlingar	16 800	Munvårdande insatser	1 700
Nattinsatser	13 600	Sondrelaterade insatser	1 164
Sårvård/trycksårs insatser	7 000	ADL träningar	420
Kompressionsbehandlingar	3 900	Stomivårdande insatser	400
Förebyggande åtgärder	3 500	<b>Summa</b>	<b>436 320</b>

Ett förändrat arbetssätt som tar tillvara teknikens möjligheter har ännu inte haft fullt genomslag och är ett fortsatt utvecklingsområde. De rapporter som dagligen är tillgängliga för chefer och legitimerad personal ger förutsättningar för uppföljning och kontroll på flera nivåer vilket är en förutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och för att stärka patientsäkerheten.

## Egenvård

Ett mål för 2018 var att förtydliga egenvårdsprocessen i samverkan med Region Örebro län då egenvårdsbedömningar ofta inte är korrekt utförda samt att rutiner och arbetssätt många gånger är otydliga och inte alltid kända av dem de berör.



Överenskommelsen: ”Egenvård Överenskommelse mellan Region Örebro län kommunerna i Örebro län” är reviderad samt och blankett ”Beslut om egenvård enligt SOSFS 2009:6” har lagts till.

Det behövs implementering av den nya överenskommelsen inom både kommunen och Region Örebro län för att säkerställa alla processer kring egenvården.

## Hjärt-lungräddning inom kommunal hälso- och sjukvård

Utifrån *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)* har en länsövergripande Riktlinje tagits fram för Hjärt-lungräddning inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att förtydliga de etiska aspekter som finns kring ställningstagandet till om HLR ska påbörjas eller inte i händelse av hjärtstopp. Tyngdpunkten ligger på skälen som kan motivera ett ställningstagande att avstå, betydelsen av att involvera patient, närstående och berörd vårdpersonal i ställningstagandet, samt kravet på att dokumentera ett ställningstagande på ett adekvat sätt.

## In- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

1 januari 2018 trädde lagen ”Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård” i kraft. Lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Syftet med den nya lagen är att genom tryck och effektiv utskrivning minska vårdtiderna för utskrivningsklara patienter som är inskriven på en avdelning på sjukhuset. Stort fokus har legat på att utveckla samverkan kring patienten vid in- och utskrivning. Förutom lagen reglerar även överenskommelser och regionen samverkansmodell för planering och informationsöverföring (Visam-modellen) hur samverkan ska gå till.

För att möjliggöra att personer går hem i så stor utsträckning som möjligt efter sjukhusvård istället för att skrivas ut till korttidsenhet har en satsning gjorts på ”Utredning i hemmet”. Satsningen är den del av kommunens arbete med att anpassa arbetssätt och processer för att leva upp till ny lag och överenskommelse. Politiskt beslut är taget på att bredda målgruppen så att fler personer ska erbjudas ”Utredning i hemmet” vid utskrivning. En webbutbildning i arbetssättet är framtagen för att möjliggöra att nya medarbetare får utbildning och att de som fått utbildning tidigare ska kunna repetera och uppdatera sig.

Vårdplanering på sjukhuset har ersatts av en SIP (samordnad individuell plan) som genomförs efter hemkomst. Att vårdplaneringen inte finns kvar i utskrivningsprocessen ställer högre krav på att samverkan och informationsöverföring fungerar i Lifecare.

Arbetssätt och processer har förändrats för att leva upp till nya lagen och bibehålla en god patientsäkerhet. En betydande förändring är att hemsjukvården fått ett större ansvar för att planera och samordna för hälso- och sjukvårdsinsatserna än tidigare. Nya riktlinjer och rutiner för in- och utskrivning har tagits fram.

## Kontinenssamordnare

En kontinenssamordnare har anställts under 2018 och tjänsten finansieras av Region Örebro län och länets 12 kommuner. Syftet är att säkerställa ett övergripande, långsiktigt och kontinuerligt kvalitetsarbete inom området inkontinens. Under hösten har kontinenssamordnaren genomfört en inkontinensutbildning i syfte att öka kompetensen vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel med fokus på den kommunala hälso-och sjukvården. En kompetens/referensgrupp har skapats och kommit igång med ett arbete

för att ta fram ett länsgemensamt material inom kontinensområdet. Genom att öka kompetens och ett länsgemensamt arbetssätt stärks patientsäkerheten för den enskilde.

## Medicintekniska produkter

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

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket kräver spårbarhet av alla hjälpmedel. För att säkra hanteringen av den mycket stora mängden omvårdnadshjälpmedel har ett registerhållningssystem installerats under 2016 för lagerhållning. Registersystemet är en förutsättning för att kunna leva upp till de krav som ställs.

Ett tillägg till registerhållningssystemet har installerats under 2018, med en förskrivarportal för att hanteringen av omvårdnadshjälpmedlen ska bli patientsäker.

Förskrivare och tekniker kan därmed genomföra hela förskrivningsprocessen från identifierat behov, till beställning och leverans inom systemet. Det tar bort mer osäker manuell hantering, men det ställer också nya krav på teknikerna vid enheten och är till viss del också resurskrävande. En förskrivarportal medför att såväl kommunens och regionens förskrivare också får en bild av vilka omvårdnadshjälpmedel viss person har, vilket kan påskynda utskrivning från slutenvården.

## Närsjukvårdsteam Örebro

Närsjukvårdsteam Örebro är ett treårigt projekt med start 2017. Syftet med närsjukvårdsteamet är att ge individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn ska leda till att vården optimeras i hemmet för den enskilde. Målgrupp är personer som har kommunal hemsjukvård med ett omfattande vårdbehov där ordinarie hemsjukvård har svårt att räkna till för t ex täta hembesök, täta medicinska bedömningar, personer som haft fler korta vårdtillfällen på sjukhus eller fler besök på akutmottagningen. Önskemål från personen själv att bo kvar hemma är en förutsättning. De professioner som ingår är läkare och sjuksköterskor dagtid.

Under 2018 har 34 patienter varit inskrivna i teamet. Antalet som är inskrivna samtidigt ökar kontinuerligt och ligger idag på 18 st. Hembesök av läkare har gjorts vid 139 tillfällen och över 1000 hembesök har genomförts av sjuksköterska.

Sjuksköterskor i närsjukvårdsteamet kan tack vare tillgång till och ett nära samarbete med läkare utföra insatser som den ordinarie sjuksköterskan i hemsjukvården inte har förutsättningar att utföra, tex har blodtransfusion i hemmet genomförts vid 57 tillfällen. Andra insatser som görs är intravenösa injektioner som inte görs av den ordinarie kommunsjuksköterskan. Huvuddelen av dessa tillfällen med intravenös behandling i hemmet är givet på ordination av läkare utanför teamet dvs i form av konsultbesök av teamets sjuksköterskor. EKG med mobil utrustning har genomförts vid flera tillfällen.

Sedan start i november 2017 ser projektet att den totala tiden personerna varit inskrivna på sjukhuset har minskat från 10,1% till 3,9%. Risken att besöka akutmottagningen har minskat från 1,9% till 0,6%.

## Nutrition

### Kompetensutveckling

Utifrån identifierade brister om nutritionsomhändertagandet gjordes 2017 en journalgranskning som bekräftade att kunskap om och dokumentation av nutritionsutredning är otillräcklig bland sjuksköterskor. Målet för 2018 var kompetensutveckling för sjuksköterskor i att utreda, behandla och dokumentera nutritionstillståndet för personer inom Vård och omsorgsförvaltningen. Endast en utbildning har genomförts, ”Nutrition i praktiken” (Steg 4 i HSL-dokumentation). Fokus låg på nutritionsutredningen, hur denna kan dokumenteras och hur legitimerad personal kan få stöd av metodstöd och fast vårdplan. 4 sjuksköterskor och 7 arbetsterapeuter deltog vilket bedöms vara ett lågt deltagande. Positivt var att arbetsterapeuter deltog eftersom de har en viktig roll i nutritionsutredningen vilket ibland glöms bort. Ytterligare specifika åtgärder för att stärka sjuksköterskors kunskaper om nutritionsutredning har inte genomförts.

### Minskat matsvinn

På vård- och omsorgsboenden inom vård- och omsorgsförvaltningen har man arbetat med att minska matsvinnet som en del i handlingsplanen för att uppnå den övergripande klimatstrategins mål. Under hösten 2018 gavs extra uppdrag till de fem avdelningar som hade högst matsvinn. Uppdraget bestod i att göra mat- och vätskeregistreringar under tre dagar för alla boende, för att sedan bedöma huruvida personerna var i energibalans eller inte. I arbetet med minskat matsvinn ingick att analysera om det lagas för mycket mat, som sedan slängs eller om det slängs mat som personerna egentligen behöver få i sig. Resultatet visade att av de 63 personer som registrerades var det 39% som bedömdes vara i energibalans, 24% hade ett högre energiintag än deras behov och 37% som hade ett lägre intag än behovet. De personer med för lågt respektive för högt energiintag rekommenderas att få vidare nutritionsutredning och eventuella åtgärder insatta utifrån sina behov.

## Palliativ vård

### Samverkan hemsjukvården och avancerad sjukvård i hemmet - ASIH

Medicinsk ansvarig sjuksköterska, palliativ vårdsamordnare och Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, har tagit fram en ny rutin för att tydliggöra samverkan när behov av gemensamt ansvar för vård av patient uppstår. Rutinen innehåller en bilaga som används i samband med en samordnad individuell plan (SIP) då ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatser mellan Örebro kommun och ASIH beslutats för vård av patient. Implementering av rutin har genomförts i båda förvaltningarna.

Behov av gemensamt ansvar för vård av patient har förekommit vid några tillfällen inom hemsjukvård under 2018. Palliativ vårdsamordnare har haft uppföljningsmöte med ASIH och hemsjukvård som varit nöjd med samverkan. I samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer palliativ vårdsamordnare ha fortsatt uppföljning av samverkan under 2019.

### Inskrivning i kommunal palliativ vård

Patientansvarig läkare från primärvården ska efter individuella behov göra hembesök enligt länsövergripande överenskommelse om palliativ vård inom en vecka efter utskrivning från sjukhuset eller när beslut om palliativ vård har fattats.

Palliativ vårdsamordnare har följt upp hur lång tid det tar för patient att få kontakt med läkare från primärvården och sjuksköterska i hemsjukvården för att bli inskriven i allmän palliativ vård. Endast ett fåtal patienter har blivit inskriven i palliativ vård inom en vecka.

Resultatet är presenterat för primärvården och fortsatt dialog pågår. Under 2019 fortsätter uppföljning av samverkan mellan hemsjukvården och primärvården gällande inskrivning i allmän palliativ vård.

## Psykisk ohälsa

**Handlingsplan för Psykisk hälsa** har omarbetats och fokus ligger på de delar där behov av samverkan finns för att patienter ska få samordnade insatser utifrån ett helhetsperspektiv.

**”Överenskommelse mellan Region Örebro län och NSPH avseende samarbete kring personer med psykiska funktionsnedsättningar”** är reviderad. Dokumentet är övergripande och syftar till att ge vägledning samt beskriver de utgångspunkter och principer som ska gälla för att skapa förutsättningar för samverkan.

Det framkommer att det behöver skapas särskilda överenskommelser kring olika målgrupper och att samverkande parterna måste vara beredda på att göra avkall på gränsdragning för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Medicinskt ansvariga har påtalat att arbetet med att skapa dessa särskilda överenskommelser bör komma igång samt att riktlinjen kopplad till suicid behöver revideras.

**Instruktörer i Örebro kommun har utbildat i ”Första hjälpen till psykisk hälsa”,** (MHFA, Mental Health First Aid). Utbildningen ger kunskap om psykisk ohälsa och sjukdomar så att personal ska kunna agera vid olika kristillstånd. Utbildningen finns i tre olika versioner; vuxen, ungdom och äldre. Örebro kommun har tio instruktörer och varje instruktör behöver årligen ge minst två utbildningar för att behålla sin behörighet. Under 2018 har instruktörer i ”Första hjälpen till psykisk ohälsa” utbildat 121 medarbetare i Örebro kommun inom versionerna vuxen, ungdom och äldre.

## Rehabilitering

### **Förändrat förhållningssätt - rehabiliterande arbetssätt**

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

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Målområden och strategier 2018**

#### **Säkerställa teamsamverkan utifrån patientens mål**

##### **Rehabiliterande team - Vård och omsorgsboenden**

En del i projektet har varit att genom en god teamsamverkan och planering kunna identifiera varje persons mål.

En utmaning har varit att kunna erbjuda fysisk träning när behov finns, både individuellt och som gruppaktivitet. Det är generellt mycket kompensatoriska åtgärder som planeras in. Personalen bör ha ett förhållningsätt som är mer förebyggande och hälsofrämjande, vilket är viktigt även då risk inte finns. Utmaningen är att gå från ett omhändertagande förhållningssätt till ett rehabiliterande arbetssätt.

Tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut är en förutsättning för att personalen ska kunna få rätt handledning i förhållningsättet. Även för att få en fungerande teamsamverkan, kommunikation, samsyn och gemensam intention för att kunna uppnå individens mål. Idag är det en låg bemanning av arbetsterapeuter på våra vårdboenden samt tillgången till fysioterapeuter är låg.

### **Rehabiliterande arbetssätt**

I de tester som genomförts inom ramen för projektet rehabiliterande arbetssätt, har visat att det är en stor vinst att göra en gemensam bedömning i teamet av vilka behov individen har för att kunna hjälpa patienten att sätta sina egna mål. Man har också sett att det är viktigt att hela teamet bör vara med från början för att det ska bli effektivt.

### **Utveckla och säkra journalföring och informationsöverföring**

#### **Journalföring legitimerad personal**

Kunskapsbrist i journalföring och om verksamhetssystemet hos legitimerad personal har påtalats tidigare i patientsäkerhetsberättelsen 2016 och 2017. Legitimerad personal behöver mer kunskap om vad som ska dokumenteras samt hur verksamhetssystemet ska användas på bästa sätt. Resultat i årets kollegiala journalgranskning visar på fortsatt stora brister. Läs mer under rubriken egenkontroll kollegial journalgranskning.

Mindre än hälften av utbildningsplatserna utnyttjades 2017 (171 av 375) och 2018 har 190 personer deltagit av 535 möjliga. Med tanke på den omsättning på legitimerad personal som råder är det en liten andel som går utbildning. Antal personer som har deltagit på utbildningar som erbjudits kan indikera på att verksamheten inte tagit dessa brister på allvar.

#### **Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter i vårdplaner**

En majoritet av alla hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av baspersonal efter att legitimerad personal fördelat och/eller delegerat uppgiften. En del i den processen är att tydligt dokumentera och beskriva i vårdplaner i verksamhetssystemet *vad* som ska utföras, *när* det ska utföras, *vem* som får utföra uppgiften, *hur* uppgiften ska utföras samt *när* och *vad* som ska dokumenteras under *uppföljning*. Att baspersonal dokumenterar i fördelade vårdplaner är en av förutsättningarna för legitimerade att kunna utvärdera effekt av insats.

Då det inte finns mobil dokumentation i hemvården idag måste fördelade vårdplaner från legitimerad personal skrivas ut på papper för att sen sättas in i patientens pärm i hemmet. Idag kan inte verksamheten säkerställa att denna informationen kommer fram på ett patientsäkert sätt samt att det ligger kvar inaktuella vårdplaner ute i patienternas pärm. De brister som har identifierats kring hur fördelade vårdplaner skrivs ut för att sättas i patienters pärm skulle kunna förhindras om personalen skulle få mobil dokumentation och då kunna läsas allt aktuellt digitalt.

Mönster som identifierats som brister är att det saknas rutiner för hur omvårdnads/baspersonal tar del av en fördelad vårdplan. Personalen behöver mer kunskap om hur man hittar vårdplanerna i verksamhetssystemet samt vad som ska dokumenteras. Flera uttrycker att deras omvårdnadspersonal dokumenterar för lite. Flera privata utförare har

uppgett att de har arbetat aktivt, genom utbildning och schemalagt dokumentationstid för att öka frekvensen av dokumentation.

### Analys

Det saknas effektiva åtgärder för att säkerställa en god kvalitet vad gäller journalföring utförd av legitimerad personal, trots påtalade brister 2016 och 2017. För att upprätthålla en god kvalitet i hälso- och sjukvårdsdokumentation och höja kompetensen hos legitimerad personal är det nödvändigt att ha en strukturerad kompetensplan, en fungerande och tydlig utbildningsorganisation. Ett arbete kring kompetenshöjning för omvårdnadspersonal har påbörjats.

### Utveckla systematiskt förbättringsarbete genom, riskanalyser, egenkontroller och avvikelserprocessen

Ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för patientsäkerhet har påbörjats genom utveckling och analys av egenkontroller, riskanalyser och avvikelser på enhetsnivå och övergripande nivå. Kunskap, verktyg och stöd för förbättringsarbete behöver utvecklas i verksamheten. Det är en förutsättning för det systematiska kvalitetsarbetet.

### Organisera kompetensstyrning och kompetensutveckling

Tidigare identifierat problem med att det saknas en sammanhållen planering gällande kompetensutveckling kvarstår även i år. Fortsättningsvis saknas även en samordning och organisation för de internt utbildare som finns i kommunen (förflyttningsinstruktörer, utbildare i HSL dokumentation, instruktörer i kliniskbedömning, instruktörer i första hjälpen till psykisk hälsa). Ovanstående problematik har lyfts under ett flertal år utan resultat.

Att många utbildningar är webbaserade har både för- och nackdelar. Utbildningarna blir lättillgängliga när man kan genomföra dem vid valfri tidpunkt samt att det är enkelt att gå tillbaka och repetera hela eller delar av utbildningen. Det finns samtidigt pedagogiska utmaningar med webbutbildningar. Det kan finnas svårigheter att förstå och ta till sig informationen som förmedlas. Det är en brist när det inte finns någon att fråga och möjlighet att reflektera med kollegor.

## Egenkontroll

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

### Aktivitets och funktionsbedömningar av arbetsterapeut

Mål under 2018 har varit att:

- Öka användandet och dokumentationen av aktivitetsbedömningar (ADL-bedömningar)
- Registrera genomförda ADL-bedömningar i verksamhetsystemet FSA-dis.
- Använda instrumentet COPM för att hjälpa patienten att hitta sina egna mål.

Målet med att öka registrerade ADL-bedömningar är inte uppfyllt.

ADL bedömningar	Antal personer 2017	Antal personer 2018
Dagrehab	177	171
Hemvård	338	252
Vobo	352	265
HSV- FFF		1
<b>Totalsumma</b>	<b>867</b>	<b>689</b>

Antal personer registrerade i FSAdis

Antalet COPM bedömningar kan inte redovisas då det inte går att ta fram denna statistik. Arbetsterapeuter tycker att det är svårt att komma igång med att använda instrumentet och känner ett behov av utbildning.

### Basal hygien

Målsättningen 2018 var följsamhet till hygienriktlinje, att arbetskläder skulle användas på alla enheter enligt SOSFS 2015:10 samt att alla enheter skulle genomföra hygienrund. Egenkontrollen bestod av att enhetschefer besvarade frågeställning om all personal skrivit under ansvarsförbindelsen i Riktlinjer för basal hygien, att samtlig personal skulle genomföra självskattningen ”Lätt att göra rätt” och enhetschef skulle genomföra ”Egenkontrollrund vårdhygienisk standard för verksamhet inom kommunal vård och omsorg”.

### Riktlinjer för basal hygien

- Det finns generellt brister i personalens följsamhet till de basala hygienriktlinjerna.
- Påskrivna ansvarsförbindelser saknas i många verksamheter. Flera verksamheter beskriver att man regelbundet i samband med arbetsplatsträff ska gå igenom basal hygien och att handlingsplan är skapad för att säkerställa att alla medarbetare ska skriva under ansvarsförbindelsen.
- Brister är främst kopplade till handhygien. Klockor och smycken används samt att handdesinfektion inte alltid utförs korrekt.
- Användning av handskar och skyddsförkläden brister.
- Arbetskläder:
  - Vård och omsorgsförvaltningen:
    - All personal har tillgång till arbetskläder.
    - Vissa enheter har inte möjlighet att byta arbetskläder dagligen.
    - De flesta bär kortärmat vid vårdnära kontakt.
  - Förvaltningen för funktionshindrade:
    - Alla enheter har inte arbetskläder. Socialpsykiatri saknar helt arbetskläder.
    - Det framkommer att arbetskläder inte alltid används även när det finns tillgång.
    - Många enheter saknar tvättmöjlighet för arbetskläder.
    - Arbete har 2018 påbörjats med att införa arbetskläder på alla enheter som berörs enligt SOSFS 2015:10 och AFS 2018:4.

### Lätt att göra rätt

Metoden ”Lätt att göra rätt” är en självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer.

- Många enheter behöver skapa en struktur för denna egenkontroll. Flera enheter beskriver att de planerar att utföra denna i samband med arbetsplatsträff.
- Av metoden framkommer att det är svårt för personal att påminna varandra om att följa de basala hygienriktlinjerna när man ser brister.

### Hygienrund

En gång per år ska enhetschef tillsammans med hygienombud, sjuksköterska och arbetsterapeut utföra ”Egenkontrollrund vårdhygienisk standard för verksamhet inom kommunal vård och omsorg” så kallad hygienrund. Om brister uppmärksammas ska handlingsplan upprättas. Möjlighet finns även att kontakta hygiensjuksköterska för hjälp och stöd.

- Många enheter behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrund då den inte genomförs.

## Analys

Det övergripande resultatet av egenkontrollen påvisar att det finns brister i följsamhet till basal hygien. Det framkommer att det hos en del medarbetare saknas kunskap om basal hygien samt var information om hygien kan inhämtas. Det är viktigt att säkerställa att personal vet var information inhämtas. På orebro.se- hälso- och sjukvård för utförare finns område ”Hygien och smittförande avfall” där styrdokument och vägledning finns samlade. Många enheter planerar att under 2019 bjuda in Hygiensjuksköterska som ett led i kompetenshöjningen samt att i samband med arbetsplatsträff regelbundet belysa området hygien. Vidare bör hygienombudens roll i verksamheten stärkas samt att det upprättas tydlig uppdraagsbeskrivning.

Verksamheterna bör fortsättningsvis regelbundet utföra självskattningen ”Lätt att göra rätt” samt årligen utföra ”Egenkontrollrond vårdhygienisk standard för verksamhet inom kommunal vård och omsorg” så kallad hygienrond. Medicinskt ansvariga ska 2019 ingå i ett länsövergripande arbete med att revidera riktlinjer för basalhygien samt utveckla modellen för hygienrond.

Arbetsmiljöverkets ”Smittorisker”, AFS 2018:4 som trädde i kraft 2018-11-19 har medfört att arbetet med att säkerställa följsamhet till klädregler har fått större fokus i verksamheterna. Förvaltningen för funktionshindrade har tillsatt en arbetsgrupp i syfte att säkerställa att alla enheter som berörs får arbetskläder.

Slutligen behöver man mäta för att veta. Det finns två nationella punktprevalensmätningar som är kopplade till området hygien:

- Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, PPM-BHK. Metoden grundar sig på observationsstudie som ger verksamheterna stöd i att uppnå hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Svenska HALT som består av mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige i syfte att stödja det förebyggande arbetet. Mätningen sker i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

## Kollegial journalgranskning

Årets kollegiala journalgranskning hade fokus på innehåll i vårdplaner. Granskningen visar att det finns brister i de flesta verksamheter. Uppföljning av åtgärder saknas i vårdplaner, inaktuella vårdplaner är inte avslutade, det finns inte alltid en vårdplan skriven trots att åtgärder utförs med regelbundenhet och vårdplaner är inte alltid fördelade när de ska vara det.

I fördelade vårdplaner saknas ofta en tydlig beskrivning av *vem, vad, hur, när* och *uppföljning* trots att det finns inlagt som frastext i systemet. Det medför att det saknas en heltäckande information från legitimerad personal till baspersonal i beskrivningen av uppgiften som ska utföras. Otydliga uppdrag ökar risken för felbehandlingar vilket är allvarligt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Uppföljningen av insatserna i vårdplaner tas upp som en återkommande brist. Både för att legitimerad personal inte följt upp insatsen men också för att baspersonal inte dokumenterat uppföljning i de vårdplaner där det efterfrågats. Uppföljningen är viktig för att säkerställa att den behandling man satt in har förväntad effekt och för att kunna anpassa eller avbryta den behandling som inte fungerar som tänkt.

Andra mönster som kan ses gällande brister handlar i huvudsak om avsaknad av bakgrundsbeskrivning i journal, bedömt funktionstillstånd, bedömd aktivitetsförmåga, delaktighet och i vissa fall har man inte inhämtat samtycke.



### Analys

I den kollegial journalgranskning som genomförts av legitimerad personal framkommer samma brister som lyfts tidigare år. Verksamheten är medveten om bristerna och en planering har påbörjats men är inte konkretiserad.

### Läkemedel

**Läkemedelsgenomgångar** ska göras initialt och därefter årligen för alla som har hjälp med sin läkemedelshantering inom Vård och omsorgsförvaltningen. Genomgången dokumenteras i vårdplan ”Läkemedelsgenomgång”.

- Det har inte varit möjligt att säkerställa att alla som borde erhållit en läkemedelsgenomgång på vård och omsorgsboende och i hemsjukvården har fått det på grund av bristande data.

**Läkemedelsindikatorer.** Utifrån Socialstyrelsens Indikatorer för God läkemedelsterapi hos äldre (75 år och äldre) följs ett flertal läkemedelsindikatorer nationellt och redovisas i öppna jämförelser. På boenden i vård och omsorgsförvaltningen används miniQ, ett webbaserat analysverktyg vid läkemedelsgenomgångar som stöd för att identifiera riskfull läkemedelsbehandling. Det ger möjlighet att följa och analysera läkemedelsbehandlingen på enhetsnivå och övergripande nivå.

- Resultaten av läkemedelsindikatorer är förbättrat i år jämfört med 2017 med minskning av indikatorn tre eller fler psykofarmaka och indikatorn antipsykotiska läkemedel.

**Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och förråd.** På femton enheter inom vård och omsorgsförvaltningen och på fyra enheter och Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) på förvaltningen för funktionshindrade har extern granskning av läkemedelshantering och förråd utförts av Apoteket AB enligt upphandlat avtal. Granskningen visar att det överlag är god ordning med några undantag:

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

### Analys

Följsamhet till rutiner om läkemedelshantering, läkemedelsförvaring och läkemedelsgenomgångar behöver säkerställas. Att öka kunskap om och följsamhet till aktuella rutiner om läkemedelshantering behöver prioriteras under 2019.

Resultat för läkemedelsindikatorer för äldre är för Örebro kommun sämre än snittet bland landets kommuner förutom för indikatorn olämpliga läkemedel på boenden, enligt öppna jämförelser. Det innebär att det finns utrymme för att förbättra läkemedelsbehandlingen hos äldre med kommunal hälso- och sjukvård vilket behöver ske i samverkan med primärvården.

### Palliativ vård

#### Dokumentation palliativvårdplan

För att tydliggöra och säkerställa dokumentationen i palliativ vård har rutinen för dokumentation reviderats. Målet har varit att det för alla personer som blir inskrivna i palliativ vård ska upprättas en palliativ vårdplan.

- Egenregim 98,3 procent av totalt 711 patienter som är inskrivna har en palliativ vårdplan.
- Privata utförare för vård och omsorgsboende - 100 procent av totalt 50 patienter som är inskrivna har en palliativ vårdplan.

### Personalkontinuitet

Personalkontinuitet är en viktig del för att skapa och upprätthålla en trygg vård i livets slutskede. Målvärde är att maximalt 12 personal besöker patient som är i behov av palliativ vård. Mätningen avser de två sista veckorna i livets slutskede under tiden 07.00-22.00 då patient har två eller fler besök av personal.

- Resultat för 2018 visar en stor variation på personalkontinuitet mellan egenregin och privata utförare – 19 i medelvärde för egenregin och 6 för privata utförare.
- I egenregin har ingen enhet uppnått målvärdet

Personalkontinuitet kommer att vara ett av de prioriterade förbättringsområde för 2019.

### Svenska palliativregistret

Den palliativa vården har fortsatt att utvecklas utifrån Svenska palliativregistrets uppställda målvärde. Resultat 2018 visar att 96 procent av totalt 401 dödsfall är registrerade i registret. Mål för 2018 var att uppnå målvärde för samtliga kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret. Prioriterade områden har varit att använda validerad smärtskattning och att genomföra munhälsobedömning under sista levnadsvecka för alla patienten.

- En förbättring ses i målområden: brytpunktsamtal samt ordination för symtomlindring smärta och ångest
- Användning av validerad smärtskattning har ökat men når inte målvärdet
- Dokumenterad munhälsobedömning i livets slutskede har försämrats

Kvalitetsindikator	Målvärde % 2018	Resultat % 2018	Skillnad i % mot 2017
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	83,3	+6,5
Ordination injektion smärtilindring	98	97,4	+10,7
Ordination injektion ångestdämpande	98	96,6	+9,3
Smärtskattning under sista levnadsvecka	100	67,2	+3,4
Dokumenterad munhälsobedömning	90	66,7	-10,1
Avliden utan trycksår	90	88,8	+1,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	91,7	+2,2

### Webbutbildning Palliativ vård

All personal ska genomföra webbutbildningen GRADE om palliativ vård. Syfte är att ge personal grundläggande och fördjupad kompetens i palliativ vård för att främja livskvalitet och ökad trygghet för patient och närstående. Webbutbildningen har funnits tillgänglig sedan hösten 2017.

Andel personal som genomfört utbildningen:

- Vård och omsorgsboende egen regi – 74 %
- Entreprenad vård och omsorgsboende – 88 %
- Hemsjukvård, legitimerade – 56 %
- Hemvården – 58 %
- Privata utförarna för omvårdnad – 76 %
- Hälso- och sjukvårdsenheten FFF – 68 %
- Grupp och servicebostad – 33 %

Arbetet fortsätter med genomförande av webbutbildningen palliativ vård för övrig personal fram till hösten 2019 då utbildningen upphör.

## Risikförebyggande vård och omsorg med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård ska erbjudas riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Utifrån identifierad risk ska bakomliggande orsaker analyseras, åtgärder för att minimera risk planeras, genomföras och följas upp. Detta ska göras initialt och minst en gång om året. Nationellt följs andel riskbedömningar i öppna jämförelser. Antal riskbedömningar som är registrerade i kvalitetsregistret, se nedan.

<b>Vobo</b> År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal med risk för munhälsa
2016	1319	88%	174	502	1249	519
2017	1240	87%	138	438	1151	469
2018	1336	84%	149	476	1317	463

  

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

  

<b>FFF</b> År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal med risk för munhälsa
2016	12	9	2	3	4	
2017	15	12	3	1	2	
2018	3	2	3	2	0	

Resultat 2018 från Rapport Vårdprevention i Senior alert

### Registrerade riskbedömningar

- På vård och omsorgsboende är arbetet stabilt de sista åren och den vårdpreventiva processens alla steg följs i registret.
- I hemsjukvården är antal registrerade riskbedömningar förhållandevis lågt jämfört med antal inskrivna patienter.
- Förvaltningen för funktionshindrade använder inte registret för personer som är 65 år och äldre.

### Analys

Om alla personer med kommunal hälso- och sjukvård erhåller en riskbedömning går inte att veta eftersom alla riskbedömningar inte registreras i registret. Verksamheterna använder inte det stöd som registret ger för att göra en övergripande analys.

Registrering i kvalitetsregistret är lågt totalt i förhållande till antal personer med kommunal hälso- och sjukvård. En tydlig förväntan från ledningen att verksamheten ska använda kvalitetsregistret Senior alert är en förutsättning för att nå uppsatta mål.

### Medicintekniska produkter

De egenkontroller som ska genomföras när det gäller medicintekniska produkter är:

- Personlyftar ska besiktigas en gång per år. Det finns cirka 1000 stycken personlyftar i Örebro. Cirka 900 stycken har besiktigats.
- Vårdsängar ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år. Kommunen har cirka 2600 stycken vårdsängar. Av dessa har 1800 besiktigats i år. I ordinärt boende finns det ca 800 stycken vårdsängar. De servas och besiktas ej på grund av resursbrist. Endast åtgärd när fel uppstår.
- Duschbritsar ska kontrolleras varje år enligt anvisning. Duschbritsar: cirka 80 stycken besiktas ej på grund av personalbrist. Endast åtgärd när fel uppstår.

- Periodisk besiktning av lyftselar ska ske var 6:e månad och dokumenteras enligt anvisningar. Genomförs inte alls idag.

Under årets sommarmånader fanns det en viss minskning av förskrivningar, på grund av få verksamma arbetsterapeuter i verksamheterna. Konsekvens av det bedöms ha varit en risk för att bedömningar av fördröjdes samt att patienterna fick vänta längre på att få sina hjälpmedel undersommaren. Hjälpmedel är en förutsättning för en god och säker vård och bidrar till en fungerande vardag för den enskilde samt möjliggör en god arbetsmiljö för den som vårdar.

### **Analys**

Besiktning av personlyftar har prioriterats under året. Antalet besiktningar som man hinner med ligger på samma nivå som tidigare nivå. Behov finns att utveckla verksamheten för att möta upp de krav som finns på besiktningar och kontroller av medicintekniska produkter.

### **Kvalitetsuppföljningar**

Under året har tio verksamhetsuppföljningar genomförts, fyra uppföljningar av vård- och omsorgsboenden och sex av omvårdnadsutförare inom hemvården. Samtliga verksamheter har varit inom kommunens egen regi.

Den sammantagna bedömningen av de uppföljningar som genomförts under året är att det bedrivs verksamheter av god kvalitet. Palliativ vård (vård i livets slut) är ett exempel på ett område där samtliga verksamheter visat på god följsamhet till gällande riktlinjer. Positivt är också det utbud av aktiviteter som erbjuds på vård- och omsorgsboendena.

Bristerna som identifierats på kvalitetsuppföljningarna av medicinskt ansvariga kopplat till hälso- och sjukvård har varit samma inom både hemvård och på vård- och omsorgsboenden;

- Dokumentation (vårdplaner samt aktivitets- och funktionsbedömningar).
- Att det inte skrivs avvikelser på utebliven hälso- och sjukvårdsinsats när det handlar om träning och rehabilitering.
- Dålig följsamhet av hygienriktlinjer.

Genomgående har verksamheterna varit medvetna om vilka brister de har vilket ses som en fördel när det kommer till arbetet med åtgärdsplan.

## **Avvikelse**

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

### **Egenkontroll avvikelser**

Avvikelsehantering var ett område där fördjupad analys av resultat efterfrågades utifrån identifierade brister, förbättringsåtgärder och dess effekter samt vilka de vanligaste avvikelsetyper, avvikelseorsaker och åtgärder har varit under året.

Oberoende av verksamhet beskrivs händelser (avvikelse) kopplat till fall och läkemedel vara de överlägset mest förekommande rapporterade avvikelserna inom båda förvaltningarna, vilket överensstämmer med tidigare år. Även nationellt ses dessa händelser som de vanligaste förekommande avvikelserna.

I verksamheternas analys saknas genomgående en beskrivning av vilka de vanligaste avvikelseorsaker är. I avvikelsemodulen har val för avvikelseorsak i avvikelsemodulen inte varit vägledande och man är inte van vid att härleda orsak till det inträffade mer än till den direkta händelsen.

Därmed saknas även beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits riktade mot avvikelseorsak och följaktligen även uppföljning av vidtagna åtgärder. Tidigare modul har inte varit ett stöd för den analysen. De åtgärder som beskrivs är att brister tas upp eller ska tas upp i samband med arbetsplatsträff, personalutbildningar, enskilda samtal, mm. Åtgärder vidtagna på verksamhetsnivå saknas.

Många verksamheter anger att de har en väl inarbetad struktur för hantering av avvikelser med avvikelseträffar.

Inom förvaltningen för funktionshindrade beskrivs att händelser där den enskilde avböjer en planerad insats har rapporterats som en avvikelse och att förvaltningen behöver göra en förflyttning i synen på vad en händelse är som ska rapporteras.

### **Sammanställning avvikelser från verksamhetssystemet Treserva Avvikelseprocessen.**

Under året har fokus legat på processen i avvikelshantering. Här redovisas resultat för att belysa hanteringen i avvikelsemodulen.

- 16 200 avvikelser totalt är registrerade i båda förvaltningarna varav 150 avvikelser är registrerade av externa utförare av omvårdnad
- 8 100 är inte avslutade
- 6 800 är inte bedömda avseende allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad, 5 600 av dem är inte avslutade

Av resultatet ovan framgår att avvikelseprocessen inte fullföljts i avvikelsemodulen.

### **De mest förekommande avvikelserna.**

- 6 300 avvikelser är inom området fall
- 4 800 avvikelser är inom området läkemedel

Antal avvikelser inom dessa områden följer samma mönster som tidigare.

### **De minst förekommande avvikelserna**

- 8 avvikelser är inom området trycksår
- 315 avvikelser inom området utebliven hälso- och sjukvård, omsorg och service

Enligt resultat i kvalitetsregistret Senior alert har 43 trycksår registrerat under 2018. Alla trycksår ska rapporteras som en avvikelse.

Av de 315 avvikelserna om utebliven insats är inte alla hälso- och sjukvård, läkemedel ingår inte.

### **Avvikelser rapporterade av legitimerad personal**

Medicinskt ansvariga har fått många signaler av chefer och legitimerad personal om brister i verksamheten som de uppfattar kan påverka patientsäkerheten, framför allt från hemsjukvården. Därför redovisas här en sammanställning av antal avvikelser som är registrerade av legitimerad personal, för att belysa om detta avspeglar sig i rapporterade händelser och hur avvikelseprocessen i så fall har hanterats. Sammanställningen visar också om avvikelser är hanterade med bedömning allvarlighetsgrad, sannolikhetsgrad och om avvikelserna är avslutade.

- Hemsjukvården:
  - 390 avvikelser totalt
  - 343 avvikelser är inte korrekt hanterade
- Vård och omsorgsboende:
  - 626 avvikelser totalt
  - 371 avvikelser är inte korrekt hanterade
- Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE):
  - 34 avvikelser totalt
  - 29 är inte korrekt hanterade
- Nattsjuksköterskor:
  - 2 avvikelser totalt

## Analys

Verksamheterna saknar kunskap och verktyg för att själva använda och analysera den utdata som finns i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Det är en förutsättning för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Den nya modulen ger bra förutsättningar för att följa mönster och trender i avvikelseprocessen.

Avvikelsehanteringen brister i systematik och dokumentation. Hela avvikelseprocessen följs inte i avvikelsemodulen. För de ca 5600 som varken är riskanalyserade eller avslutade är frågan om de har hanterats.

Det förekommer både överrapportering och underrapportering av avvikelser. Underrapportering är vanligt när det gäller att inte rapportera uteblivna insatser ordinerade av fysioterapeuter och arbetsterapeuter för tex olika träningsbehandlingar. Även upptäckten av trycksår är markant underrapporterat. Kunskapsbristerna gäller såväl baspersonal som legitimerad och chefer.

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

Med den nya avvikelsemodulen och den nu pågående implementering av ny riktlinje kommer förutsättningar att skapas för att uppfylla kraven. Fortfarande krävs ett omfattande arbete för att uppfylla kraven på systematiskt patientsäkerhetsarbete där avvikelseprocessen är en del.

## Klagomål och synpunkter

*En samlad analys av klagomål och synpunkter samt viktiga lärdomar som har spridits.*

Under året har endast 208st klagomål registrerats i avvikelsemodulen och dessa berör både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det var först från oktober när ny avvikelsemodul fördes in som avvikelser och klagomål kunde särskiljas utifrån lagrum. Utöver klagomål som rapporteras i avvikelsemodulen finns möjlighet att rapportera synpunkter och klagomål direkt till Örebro kommun via hemsidan eller Servicecenter. Ingen samlad analys över klagomål och synpunkter är genomförd.

## Analys

Den nya avvikelsemodulen ger verksamheterna en tydligare möjlighet att registrera klagomål och synpunkter som rör den enskilde och att dokumentera utredning, analys, åtgärder och uppföljning. För att möta nya lagkrav på hantering av klagomål och synpunkter där den enskilde och närstående ges möjlighet att vara delaktiga kommer det att krävas utbildningsinsatser.

## Risکانalysis

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

Det saknas riskanalyser kopplat till patientsäkerhet. Riskanalyser genomförs vid organisationsförändringar och har då fokus på arbetsmiljö. Utmaningen blir att utveckla arbetssätt för att integrera riskanalyser för arbetsmiljö med riskanalys för patientsäkerhet då de är starkt kopplade till varandra.

## In- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Sedan lagen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård började gälla 1 januari i år har Örebro kommun inte haft något betalningsansvar. Det innebär att kommunen lyckats ta emot personer som skrivs ut från slutenvården inom tre dagar i snitt. Uppskattningsvis har kommunen minskat antalet dagar som patienten ligger kvar på sjukhuset trots att den är utskrivningsklar från 5 till 1,8 dagar. Legitimerad personal upplever att det ibland saknas information från slutenvården vilket påverkar patientsäkerheten negativt. Detta har medicinskt ansvariga kunnat följa i de avvikelser som kommit in som bland annat beskriver hur patienter som av slutenvården bedömts ha oförändrade behov visar sig ha nyinsatta mediciner och/eller behov av nya hjälpmedel som inte framkommit i informationsöverföringen. Det kan leda till fördröjda hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Samlad analys av medicinskt ansvarig

De brister som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2017 kvarstår och uppsatta mål för 2018 har inte uppnåtts till fullo.

Arbete har under 2018 påbörjats med att skapa ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt för patientsäkerhet men kunskap, verktyg och stöd för det arbetet behöver utvecklas.

Det saknas en tydlig uttalad förväntan från ledningen om och hur kvalitetsregister ska användas som stöd i det systematiska arbetet.

Viktiga förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är ett väl fungerande kvalitets- och ledningssystem och en tydlig ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsansvaret inom organisationen vilket saknas.

## Mål och strategier för kommande år

*Kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet utifrån analys av redovisade resultat.*

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

Utifrån ovanstående målområden behöver alla verksamheter utforma handlingsplaner för fortsatt arbete i dialog med medicinskt ansvariga.