

Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2022

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet

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

Målområden och mål för 2022

Hälso- och sjukvårdsansvar

- att alla chefer ska ha kunskap om sitt hälso- och sjukvårdsansvar
- att verksamheten har de rutiner upprättade som kravställs 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 avvikelseprocessen 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

Åtgärder, resultat och analys utifrån målområden

Hälso- och sjukvårdsansvar

Utbildning för att säkerställa chefers kompetens i hälso- och sjukvård har tagits fram av kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård. Alla enhetschefer inom Vård- och omsorgsförvaltningen, Förvaltningen för sociala insatser, samt chefer hos externa LOV-utförare, kommer att erbjudas utbildningen. Första tillfället är i början av 2023. Utbildningen kommer också vara en del av introduktionen för nya chefer framåt. Detta är en viktig åtgärd för att öka chefers kunskap om deras hälso- och sjukvårdsansvar vilket varit ett mål sedan 2020.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Utbildning i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation har genomförts för legitimerad personal under hösten 2022. Detta som ett led i att åtgärda identifierade brister gällande kunskap om hälso- och sjukvårdprocessen och hur den dokumenteras. Utbildningen är nu en obligatorisk del i introduktionen av nyanställd legitimerad personal.

Genomgång av processen för överlåtten hälso- och sjukvård har genomförts för verksamhetschefer, enhetschefer, driftsplanerare, verksamhetsstödjare och sjuksköterskor vid 18 tillfällen under året av medicinskt ansvariga. Genomgångarna har varit uppstarten på det kvalitetsarbete som planeras utifrån vårdgivarens patientsäkerhetsmål om en säker hantering av delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Systematiskt kvalitetsarbete

Både Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser har genomfört arbete för att förbättra chefernas uppföljning av digital signering av överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder i verksamhetssystemet MCSS.

Verksamhetschefer och enhetschefer inom egenregis hemtjänst och hemsjukvård har startat upp ledningsdialogträffar med syfte att arbeta med kvalitet. På de träffar under 2022 har man arbetat med riskbedömningar enligt senior alert samt hur nödvändiga förflyttningshjälpmedel blir tillgängliga för den personal som ska hjälpa personer som fallit.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

En kartläggning har genomförts och är nästan klar av samtliga ombudsroller.

Uppdragsbeskrivningar har setts över och uppdaterats. Arbetet har gett stöd för chefer att säkerställa att verksamheten har de ombudsroller de behöver samt att kvalitetssäkra ombudens uppdrag.

Utveckling av internutbildarnas uppdrag har genomförts. Uppdragsbeskrivningar har setts över och uppdateras. I samband med detta har kompetensplanen för områdena; demens, förflyttning, social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation reviderats.

Mål för 2023

- vårdgivaren Örebro kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Alla chefer som arbetar i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller utför överlätna hälso- och sjukvård ska genomgå utbildning i hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete.
- Att hälso- och sjukvårdprocessens steg följs och dokumenteras av legitimerad personal.
- Att utarbeta säkra processer för överlätna (delegerad och fördelad) hälso- och sjukvård.

Innehåll

Sammanfattning av patientsäkerhetsarbetet	3
Målområden och mål för 2022	3
Åtgärder, resultat och analys utifrån målområden	3
Mål för 2023	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Innehåll.....	5
Inledning	6
STRUKTUR.....	6
Målområden och mål för 2022	6
Organisation och ansvar	6
Funktioner med spetskompetens.....	9
Gränslös samverkan mellan kommun och Region Örebro län.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Patienters och närståendes delaktighet	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Klagomål och synpunkter.....	16
Egenkontroller	17
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	17
Åtgärder utifrån målområden och mål för 2022	17
Riskanalyser.....	20
Utredning av händelser - vårdskador.....	21
Informationssäkerhet	22
RESULTAT OCH ANALYS.....	23
Målområden 2022	23
Egenkontroller	25
Uppföljning av kvalitetsindikatorer och följemått	31
Avvikelser	36
Klagomål och synpunkter.....	39
Riskanalys.....	40
Coronapandemin.....	40
Samlad analys av medicinskt ansvarig.....	40
Mål för 2023.....	41

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen 2022 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 och Analys – beskriver resultatet av arbetet under året och analys av detta.
- Mål – beskriver målen för 2023.

Kursiv text under rubriker är ett stöd för läsaren genom att förtydliga vad som kommer att beskrivas samt hänvisning till aktuella lagar och föreskrifter för området.

STRUKTUR

Målområden och mål för 2022

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 2021 togs mål fram för 2022 utifrån fyra målområden (se nedan). Programnämnd social välfärd gav Vårdboendenämnden, Hemvårdsnämnden och Funktionsstödsnämnden och deras verksamheter i uppdrag att utifrån målen genomföra förbättringsarbete utifrån handlingsplaner som skulle upprättas i dialog med medicinskt ansvariga.

Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att alla chefer ska ha kunskap om sitt hälso- och sjukvårdsansvar
- att verksamheten har de rutiner upprättade som kravställs 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 avvikelseprocessen 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

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 under 2022, på uppdrag av kommunfullmäktige, haft det övergripande ansvaret som huvudman att utöva ledning av hälso- och sjukvård för samtliga av nämnden definierade utförare. Delar av verksamheten inom programområdet är konkurrensutsatt och programnämnden har ansvarat särskilt för externa utförare.

Vårdgivaransvaret för egenregin har varit fördelat till tre driftsnämnder, Funktionsstödsnämnd med ansvar för Förvaltningen för Sociala insatser, Hemvårdsnämnd och Vårdboendenämnd med ansvar för Vård- och omsorgsförvaltningen.

Vårdgivaren Örebro kommun bedriver främst hälso- och sjukvård för vuxna personer (18 år och äldre). Undantag råder för arbetsterapeuter i hemsjukvården som ansvarar för vissa diagnosgrupper som innefattar barn, samt att legitimerad personal inom HSE ansvarar för barn och unga med beslut om insatsen bostad med särskild service enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vårdgivaren Örebro kommun – egenregin

Funktionsstödsnämnden, Hemvårdsnämnden och Vårdboendenämnden, har för sina respektive områden 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 bland annat att:

- ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens.
- se till att verksamheten har ett ledningssystem, det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska 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 ansvar för personal.

Förvaltningen för sociala insatser:

- Förvaltningschef med ansvar för verksamhetschefer.
- Verksamhetschef med ansvar för avdelningschefer.
- Avdelningschef med ansvar för enhetschefer.
- Enhetschef med ansvar för personal.

Arbetsterapeuter och sjuksköterskor (legitimerad personal) är alla organiserade inom Vård- och omsorgsförvaltningen (VoO). På vård- och omsorgsboenden och inom förebyggande verksamheter organiseras legitimerad personal inom respektive enhet/boende. Legitimerad personal som arbetar inom hemvården tillhör en Hemsjukvårdsenhet (HSV) och de legitimerade som arbetar inom funktionsstödsområdet tillhör en Hälso- och sjukvårdsenhet (HSE).

Vårdgivaren Örebro kommun – externa utförare

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

För dessa externa utförare ansvarar egenregis arbetsterapeuter och sjuksköterskor för hälso- och sjukvården, organiserade inom HSV och HSE.

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. Ansvaret omfattar såväl egenregis 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 i hälso- och sjukvårdsförordningen. Ansvaret innebär ett särskilt medicinskt ansvar för att:

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

Örebro kommun har fem medicinskt ansvariga, två medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) och tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Medicinskt ansvariga ansvarar bland annat för att fastställa riktlinjer och styrdokument för hur hälso- och sjukvården ska utföras, följa upp verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet. De ansvarar också för att utreda och anmäla 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. Sedan 2021 har medicinskt ansvariga varit organiserade inom Vård- och omsorgsförvaltningen, direkt underställda förvaltningschef för Vård- och omsorgsförvaltningen och tillika verksamhetschef HSL.

Chefer

Chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner som verksamhetschef HSL och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten och efterföljs. Chef är också ansvarig för att ta fram de rutiner som krävs ska finnas i verksamheten utifrån övergripande styrdokument.

Chef ansvarar för att kontinuerligt arbeta med att följa och analysera enhetens resultat vad gäller patientsäkerhet genom egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete.

Chefen ansvarar för att legitimerad och omvårdnadspersonal får den introduktion som krävs för den hälso- och sjukvård som de ska ansvarar för eller utföra.

Medarbetare

Personal som utför överlåten hälso- och sjukvård på uppdrag av legitimerad personal är hälso- och sjukvårdspersonal vid själva utförandet. De har då ett särskilt ansvar som tillhör området för hälso- och sjukvård.

Alla medarbetare ska aktivt bidra till en god patientsäkerhet genom att följa de styrdokument, lagar och föreskrifter som styr hälso- och sjukvården. De ska uppmärksamma och rapportera händelser som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada. Medarbetaren ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet som chef och ledning ansvarar för att leda i verksamheten.

Arbeterapeuter och sjuksköterskor ansvarar dessutom för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Styrgrupp HSL – kompetensutveckling hälso- och sjukvård

Styrgrupp HSL består av verksamhetschef med samordningsansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor inom vård- och omsorgsboende, verksamhetschef för hemsjukvården, verksamhetsutvecklare och medicinskt ansvariga. Gruppen har ett övergripande samordningsansvar för de internutbildare som finns för bland annat förflyttningskunskap och lyftkörkort, hälso- och sjukvårdsdokumentation och klinisk bedömning och beslutsstöd. De identifierar behov av kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård och utarbetar förslag på hur åtgärder kan genomföras. Styrgruppen lämnar sina underlag till Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp för beslut.

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 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 omsorgsförvaltningen köper tjänster som består av att leverera, returnera, rekonditionera, serva och besiktiga omvårdnadshjälpmedel.

Förskrivning av omvårdnadshjälpmedel är en hälso- och sjukvårdsåtgärd och görs i huvudsak av arbetsterapeuter och till viss del av sjuksköterskor och fysioterapeuter. 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 har på uppdrag av Programnämnd social välfärd, ansvar för samtliga externa utförare avseende avtal, etablering och uppföljning. Enheten för uppföljning tillhör Kommunstyrelseförvaltningen och är organiserade inom Myndighetsverksamheten.

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 för egenregins verksamheter tas så kallade överenskommelser fram av enheten. Avtal och överenskommelser följs sedan upp vid kvalitetsuppföljningar. För de delar som omfattar hälso- och sjukvård har medicinskt ansvariga en funktion som sakkunniga.

Funktioner med spetskompetens

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 att säkerställa en god och säker vård. Funktioner och uppdrag beskrivs nedan.

AKA - adjungerad klinisk adjunkt

Vård- och omsorgsförvaltningen har fem adjungerade kliniska adjunkter (AKA), två sjuksköterskor, en distriktsköterska och två arbetsterapeuter. Akorna är universitetets förlängda arm under den verksamhetsförlagda utbildningsdelen inom arbetsterapeut-, sjuksköterske- och distriktsköterskeprogrammet. Akorna ingår i universitetets lärarlag och ansvarar för specifika examinationer kopplade till den verksamhetsförlagda utbildningen. En annan del i uppdraget är att hålla i mittbedömning tillsammans med handledare och 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.

Demensteam

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 och ombud för mat, måltid och nutrition

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen finns en dietist med uppdrag att utveckla arbetet med mat, måltid och nutrition. Dietisten driver ett nätverk med ombud för området. Ombuden är drygt 200st och består av såväl undersköterskor, arbetsterapeuter som sjuksköterskor inom olika verksamhetsområden. Deras uppdrag är att bidra till inspiration och kompetensutveckling inom området.

Förflyttningsinstruktörer

Åtta arbetsterapeuter arbetar 10% av sin tjänst som förflyttningsinstruktörer och har särskild kompetens inom ergonomi och förflyttningsteknik. De ansvarar för att utvärdera och förbättra befintligt utbildningskoncept i förflyttningsteknik och lyftkörkort samt att planera och organisera de utbildningsstillfällena som erbjuds. Instruktörerna utbildar också alla övriga arbetsterapeuter i kommunen i ergonomi och förflyttningsteknik så att de i sin tur kan vara instruktörer och utbilda. Förflyttningskonceptet innehåller bland annat en obligatorisk heldagsutbildning för all personal som ska arbeta med vårdnära arbete samt en fördjupningsutbildning på två dagar. Genom

konceptet säkerställer arbetsgivaren patientsäkerheten och arbetsmiljön vid manuella förflyttningar och förflyttning med personlyft. Samtliga arbetsterapeuter håller i den obligatoriska heldagsutbildningen medan förflyttingsinstruktörerna håller i fördjupningsutbildningen.

Handrehabilitering

Fyra arbetsterapeuter använder 10 % av sin tjänst till att ta emot remisser från läkare och annan legitimerad personal för bedömning och behandling av personer med vissa handdiagnoser där behov av förebyggande och funktionsuppehållande behandling eller träning krävs.

Hygienombud

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

Instruktörer i klinisk bedömning

Vid försämrat hälsotillstånd ska sjuksköterska använda ett beslutsstöd för att få vägledning i vilket vårdnivå (primärvård eller specialistvård) som patienten har behov av. Arbetssättet med beslutsstöd är en del i ViSam, regionens och kommunernas gemensamma samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Örebro kommun har sex instruktörer som ansvarar för att utbilda alla sjuksköterskor i klinisk bedömning och att använda beslutsstödet. Under 2022 har 68 sjuksköterskor utbildats av instruktörerna. Instruktörerna samordnas av planerare inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

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. Även externa vårdgivare deltar.

Palliativ vårdsamordnare och ombudsorganisation

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

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

Organisation för palliativa ombud

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

Utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation

Två sjuksköterskor och en arbetsterapeut har som del av sin tjänst ett uppdrag som utbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De utbildar all legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras. Uppdrag och organisation för utbildarna är framtagen av styrgrupp HSL och fastställt av förvaltningsledningen. Utbildarna har ansvar för att utveckla, planera och genomföra utbildningar i dokumentation och de verksamhetssystem som används samt för att skapa eller revidera manualer.

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

Sårsköterskor

Från januari 2022 finns fem sårsköterskor i Örebro kommun fördelat enligt följande; tre inom hemsjukvården, en inom hälso- och sjukvårdsenheten och en inom vård- och omsorgsboende. Uppdraget innebär att tillsammans med regionens primärvård arbeta för ett gemensamt arbetssätt för sårvård och för att utveckla och upprätthålla kompetensen inom området. Sårsköterskan ska vara ett stöd, handleda och utbilda kollegor, medverka till att varje patient får en utredning som leder till diagnos, arbeta för att behandlande madrasser förskrivs utifrån rätt kriterier och arbeta för att rutiner för sårvård är kända och efterföljs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska är sammankallande för gruppen.

Medicinsk strateg

Vård- och omsorgsförvaltningen har en läkare projektanställd som medicinsk strateg på 50% under 2 års tid. Den medicinska strategen tillträdde den 1 november 2021. Uppdraget är bland annat att stärka den medicinska kvalitén, arbeta med omställningen till Nära vård och utveckla samverkan med Region Örebro län och öka förståelsen för hur respektive aktörs hälso- och sjukvård fungerar.

Kvalitetsstödjande sjuksköterska

Kvalitetsstödjande sjuksköterska finns på prov sedan juni 2021 inom Vård- och omsorgsförvaltningens vård- och omsorgsboenden med uppdrag att vid behov stödja verksamheter där brister eller svårigheter identifierats i hälso- och sjukvårdsprocessen.

Gränslös samverkan mellan kommun och Region Örebro län

Mobila närsjukvårdsteamet

Närsjukvårdsteam drivs av Örebro kommun och Region Örebro län i samverkan. Teamet utför förstärkt hemsjukvård samt akuta hembesök.

Syftet med förstärkt hemsjukvård 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 tjänstgör 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.

För att fler individer ska undvika ej nödvändiga besök på akutmottagning och inom slutenvården gör Närsjukvårdsteamet akuta hembesök till äldre sköra, oavsett boendeform och utan krav på pågående hemsjukvårdsinsatser. Målgrupp är personer som är 65 år eller äldre där hälsotillståndet akut försämrats och där:

- kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning medför betydande svårigheter att uppsöka en vårdinrättning i samband med aktuell försäkring.
- 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.

Tullhuset – korttidsenhet

Tullhuset har korttidsplatser med fokus på individuell rehabilitering och utredning efter exempelvis en sjukhusvistelse. Målet med vistelsen är att klargöra patientens fortsatta behov av vård och omsorg samt tillgodose behovet av träning och rehabiliterande insatser. Tullhusets korttidsplatser har till skillnad från övriga korttidsplatser läkare och fysioterapeuter från Region Örebro län som ingår i grundbemanningen, och därmed arbetar tätt ihop med kommunens arbetsterapeuter, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Arbetsterapeut och fysioterapeuter arbetar tillsammans med rehabiliteringsinsatser och alla som kommer till Tullhuset får en bedömning av behov av rehabilitering och träning. Verksamheten har också rehabiliteringsassistent som en resurs för att utföra ordinerad träning för patienterna tillsammans med 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.

Hygiensjuksköterska

Hygiensjuksköterska är en länsgemensam resurs som finansieras av länets kommuner men är organiserad inom regionen. Smittskydd och Vårdhygien i Region Örebro län har för länets kommuner hygiensjuksköterska anställd motsvarande en heltidstjänst. Uppdraget 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. Många av verksamheterna men inte alla har rutiner för samverkansforum där patientärenden och avvikelser behandlas i teamet.

Samordningsgruppen för förvaltningsövergripande hantering av pandemin har gjorts om till en permanent gruppering som benämns Krisberedskapsforum. Forumet har samma syfte som tidigare men i ett bredare perspektiv med krisberedskapsfrågor. Målet är att samverka för att säkerställa kvalitén på verksamheternas insatser och samtidigt hantera eventuella konsekvenser som pandemin medför.

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 utifrån behov initiera förbättringsarbete.

Nätverk för medicinskt ansvariga i Örebro län

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR i länets tolv kommuner, har möten ungefär var tredje vecka som leds av utvecklingsledare på välfärd och folkhälsa. På mötena hanteras frågor gällande hälso- och sjukvård, rehabilitering och patientsäkerhet som är gemensamma för länets kommuner och i samverkan mellan kommunerna och regionen. Exempel på sådana områden är kunskapsstyrning, överenskommelser, riktlinjer, arbetsgrupper, samverkansmodeller, covid-19/smittspridning, medicintekniska produkter, forskning och Nära vård. Ofta bjuds gäster in för att kunna informera eller föra en dialog med alla länets medicinskt ansvariga samtidigt. Nätverket för medicinskt ansvariga arbetar tillsammans för att driva hälso- och sjukvårdsfrågor och förbättra patientsäkerheten. De arbetar också för att skapa länsgemensamma processer och rutiner för en så jämlik hälso- och sjukvård i länet som möjligt.

Vårdkedjegrupp Örebro

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

Vårdkedjegruppens uppdrag:

- Utföra uppdrag som delegeras från Länsdelgruppen.
- Utarbeta metoder och rutiner för vårdkedjan som fastställs av Länsdelgruppen.
- 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, föreskrivningsprocessen, 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. Arbetet omfattar en mängd olika områden som till exempel medicintekniska produkter, psykiatrisk och somatisk hemsjukvård, gränssnitt arbetsterapeuter och sjukgymnaster, nutrition och egenvård. Under 2022 har representanter från Örebro kommun deltagit på workshop om medicintekniska produkter och om gränssnittet arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter för att identifiera framtida lösningar. Arbeta med revidering av styrdokument för egenvård har påbörjats. För området nutrition har arbetet med att implementera den överenskommelsen som togs fram 2021 gällande nutritionsprocessen påbörjats genom olika frukostmöten.

Processledare 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 person och relation, samordning utifrån personens fokus, proaktivt och hälsofrämjande arbete samt att personen är en aktiv medskapare. Örebro kommun har åtta processledare för Nära vårdomställningen. Tre av dem arbetar med mer fokus på Nära vård i samverkan med Region Örebro län. Dessa tre arbetar halvtid med uppdraget. Resterande fem processledare arbetar heltid med Nära vård och har mer fokus på de interna processerna och förändringsarbete utifrån breddinförandet av rehabiliterande arbetssätt, den strategi som politiken tagit beslut om att införa och som är en del av Nära vård.

Arbetsgrupp Postcovid -19

Under året har en arbetsgrupp med representanter från Region Örebro län och länets kommuner regelbundet träffats och analyserat följsamhet till styrdokument för omhändertagande av postcovid-19 patienter i Örebro län. Styrdokumentet är ett stöd för olika professioner inom både primärvård och slutenvård för genomförandet av utredning, bedömning och rehabilitering av vuxna patienter med fortsatta besvär efter Covid-19. Arbetsgruppen har bland annat summerat hur många patienter med postcovid som har remitterats och omhändertagits av specialistvård för bedömning och behandling av sin postcovid. Arbetsterapeuterna är den profession som från kommunens är mest involverade i denna patientgrupp.

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)

Att erbjuda patienten en samordnad individuell planering (SIP) är ett arbetssätt för att göra patienten delaktig i planeringen av vården och omsorgen. 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 rapporteringsskyldighet

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

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

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

Rapportering och utredning av händelser

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

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

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

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

Klagomål och synpunkter

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

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

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheter läggs in i avvikelsemodul eller registreras i det centrala diariet. Det 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.

Egenkontroller

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

- avvikelshantering
- basal hygien
- dokumentation,
- läkemedelshantering
- uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- vårdprevention
- besiktning av omvårdnadshjälpmedel

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

Uppföljning av nationella kvalitetsindikatorer och följemått

- Palliativ vård – via palliativregistret
- BPSD registreringar – via BPSD registret

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. Medicinskt ansvariga har 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. När det gäller verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård har enheten under 2022 enbart följt upp ett vård- och omsorgsboende och därmed presenteras ingen sammanställning av resultatet i patientsäkerhetsberättelsen i år.

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

Åtgärder utifrån målområden och mål för 2022

Fyra målområden med mål togs fram för 2022 års patientsäkerhetsarbete. Utifrån dessa beskrivs nedan de åtgärder som genomförts.

Hälso- och sjukvårdsansvar

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

Åtgärder

- Två kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård har anställts i Vård- och omsorgsförvaltningen för att arbeta med förbättringsarbete, huvudsakligen utifrån de brister som identifieras i patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsutvecklarna påbörjade sina tjänster efter sommaren och arbetar förvaltningsövergripande med hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.
- Ny utbildning för chefer i hälso- och sjukvård har tagits fram under hösten av kvalitetsutvecklarna för hälso- och sjukvård. Första utbildningstillfället är i januari 2023. Utbildningen kommer att vara obligatorisk för alla enhetschefer som arbetar i eller anställs inom verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs eller utförs som överlåten hälso- och sjukvård.
- Rutiner för hälso- och sjukvård. Processansvarig för hälso- och sjukvård inom Förvaltningen för sociala insatser har arbetat med processen för överlåten hälso- och sjukvård och säkerställt att verksamheterna har de rutiner som krävs för en patientsäker process. Inom Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetet med att säkerställa obligatoriska rutiner påbörjats men är inte slutfört.
- Genomgång av chefers ansvar att säkerställa rätt kompetens vid palliativ vård och palliativt vak har genomförts av de palliativa vårdsamordnarna med egenregis och externa hemtjänstutförarens enhetschefer, driftplanerare och verksamhetsstödjare.

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.

Åtgärder

- Genomgång av processen för överlåten hälso- och sjukvård har genomförts för verksamhetschefer, enhetschefer, driftplanerare, verksamhetsstödjare och sjuksköterskor vid 18 tillfällen under året av medicinskt ansvariga. Genomgångarna har varit uppstarten på det kvalitetsarbete som planeras utifrån vårdgivarens patientsäkerhetsmål om en säker hantering av delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Fokus har legat på processens olika steg, vad de innebär, vilka professioner och funktioner som ansvarar för de olika momenten och vilka utmaningar och risker som finns med processen som den ser ut idag. Genomgångarna har tydliggjort hur olika arbetssätt påverkar processen och att det finns ett behov av att förändra den.
- Kartläggning av pågående samverkansforum och arbetsprocesser kopplat till hälso- och sjukvård har genomförts inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Detta för att samordna och effektivisera det arbete som pågår samt planera kvalitetshöjande åtgärder för det behov som kvarstår. Verksamhetschefer för legitimerad personal, kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård, verksamhetschef för hälso- och sjukvård, processledare för nära vård, medicinsk strateg samt medicinskt ansvariga (MAS och MAR) deltog. Pågående aktiviteter och processer sorterades in i fem olika områden. Ansvariga för att hålla ihop varje område blev utsedda.

- Workshop utifrån teamsamverkan och palliativ vård har genomförts med alla enhetschefer i hemsjukvården och hemtjänsten under ledning av palliativa vårdsamordnare. Även processledare för nära vård deltog. Syftet med workshoppen var att utveckla en samsyn och gemensamt arbetssätt vid palliativ vård med stöd av palliativ ombudssamordnare och ombud.
- Utbildning i hälso- och sjukvårdprocessen och dokumentation har genomförts för all legitimerad personal och är nu en obligatorisk utbildning för alla nyanställda. Även de legitimerades chefer har erbjudits att gå utbildningen vilket många gjort. För att möjliggöra utbildningarna utökades uppdragen för internutbildarna i hälso- och sjukvårdsdokumentation. Utbildarna har tillsammans med medicinskt ansvariga och objektspecialist även arbetat med att förbättra sökord och funktioner i verksamhetssystemet samt tagit fram stöddokument utifrån gällande riktlinjer.
- Handledare i dokumentation finns nu på flertalet arbetsplatser för att kunna ge stöd och nära handledning till kollegor i hur hälso- och sjukvårdprocessen ska dokumenteras och hanteras i de olika verksamhetssystem som finns. De ingår nu i ett nätverk som leds av utbildarna och vid behov deltar medicinskt ansvariga.

Systematiskt kvalitetsarbete

- att verksamheter följer sina resultat i verksamhetssystem och kvalitetsregister
- att kunskapen om avvikelseprocessen 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

Åtgärder

- Utbildning av enhetschefer i MCSS har genomförts inom Vård- och omsorgsförvaltningen. De enheter i hemtjänsten och hemsjukvården som upptäckt brister efter utbildningen vad gäller signeringar har dessutom erbjudits stöd i upprättande av handlingsplan som följts upp av verksamhetschef. Även inom Förvaltningen för sociala insatser har arbete genomförts för att förbättra uppföljning av digital signering i MCSS. Varje avdelningschef har skapat en struktur för uppföljning och använder framtagen rutin och mall.
- Ledningsdialogträffar mellan verksamhetschefer och enhetschefer inom egenregis hemtjänst och hemsjukvård med syfte att arbeta med kvalitet har startats upp. Dialogträffarna har ägnats åt riskbedömning enligt senior alert där fokus legat på munohälsa och nutrition. Planen är att fortsätta med områdena fall och trycksår. Ett annat område som avhandlats är hur nödvändiga förflytningshjälpmedel blir tillgängliga för den personal som ska hjälpa personer som fallit. Under en testperiod provar verksamheten att Valfärdsteknik dagtid kör ut förflytningshjälpmedel dit de behövs.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

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

Åtgärder

- Struktur för att säkerställa ombudsroller. En kartläggning har genomförts och är nästan klart av samtliga ombudsroller. I den kartlades hur många ombudsroller som bör finnas per enhet, vilka medarbetare som innehar ombudsroll i dagsläget och om det finns vakanta platser som behöver fyllas. Även uppdragsbeskrivningar har setts över och uppdaterats. Arbetet har gett chefer stöd i att säkra ombud i verksamheten samt att kvalitetssäkra ombudens uppdrag.

- Utveckling av internutbildarnas uppdrag har genomförts. Uppdragsbeskrivningar har setts över och uppdateras. I samband med detta har kompetensplanen för områdena; demens, förflyttning, social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation reviderats.

Riskanalyser

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.

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 av samma mall men har inte utsedda analysledare. Där ansvarar chef för att hålla i riskanalysen och vid behov tas hjälp av planerare eller samordnare.

Genomförda riskanalyser, identifierade risker och åtgärder

Riskanalyser har utförts inför låg bemanning, brist på kompetens och samverkan samt organisationsförändring, förändring i ledningen och tillgänglighet. En del har utförts på enhetsnivå och en del på verksamhetsnivå där flera enheten ingår.

Bemanning, kompetens och samverkan

Vård- och omsorgsförvaltningen, förvaltningen för sociala insatser, externa utförare i hemvård och daglig verksamhet har genomfört riskanalyser utifrån låg bemanning inför sommaren.

Identifierade risker är brist på legitimerad personal, omvårdnadspersonal/baspersonal och brist i kompetens hos vikarier med risk för felbehandlingar, försenade insatser, svårigheter att möta patienters behov, svårigheter att hinna dokumentera och samverka.

Åtgärder som genomförts är dagliga avstämningar i tvärprofessionella team för att säkerställa bemanning och kompetens, kvalitetssäkra introduktion hos vikarier och framtagande av skriftliga rutiner. Inom vård- och omsorgsboende anställdes servicebiträden för att frigöra tid för omvårdnadspersonal som då kunde fokusera på vård- och omsorg i större utsträckning.

Effekter och lärdomar som dragits utifrån genomförda riskanalyser och åtgärder är att teamsamverkan har ökat, att planering inför sommaren behöver säkerställa även kompetens och inte bara antal personer och att andra funktioner kan anställas för att avlasta professionerna i arbetsuppgifter som inte kräver särskild kompetens.

Organisationsförändringar

Ett flertal enheter inom förebyggande verksamhet, vård- och omsorgsförvaltningen och externa utförare har genomfört riskanalyser inför mindre och större organisationsförändringar. Det har bland annat gällt förändring av arbetssätt, omflyttning av personal och införande av samarbetsområden.

Identifierade risker är risk för sämre kontinuitet, risk för försenade insatser och risk för försämrat teamarbete.

Åtgärder som satts in är utökning av personalstyrka och planerade teamträffar. Resultat visar fortsatt behov av att prioritera teamträffar och att samarbete mellan verksamheter förbättrar förutsättningarna till kollegialt stöd.

Förändring i ledningen

TVå externa utförare och två enheter inom vård- och omsorgsförvaltningen har genomfört riskanalyser inför förändring i ledningen eller förändrad ledningsstruktur. En risk som identifierats

är att insatser enligt HSL och SoL tappas. För att åtgärda risken har regelbunden och ibland daglig rapporttid skapats mellan chefer och i tvärprofessionella team.

Tillgänglighet

En enhet inom vård- och omsorgsförvaltningen har gjort riskanalys utifrån tillgänglighet där risk identifierats att patienter har svårt att kontakta sjuksköterska på jourtid. Åtgärd är att se över rutiner för tillgänglighet och möjlighet till direktkontakt med sjuksköterska för patienter och anhöriga med stort behov av snabb kontakt. Resultat visar på en ökad nöjdhet hos patienter och närstående.

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 bedömer de händelser som definierats som allvarliga. En del av dessa utreds fortsatt av chef medan vissa utreds av medicinskt ansvariga, detta utifrån allvarlighetsgrad och komplexitet. Nedan beskrivs de händelser som utretts av medicinskt ansvariga under året.

Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria 2022

Under året har 4 händelser lett till fördjupad utredningen av MAS. Ingen av dessa visade risk för allvarlig vårdskada eller att allvarlig vårdskada skett och därför har ingen anmälan gjorts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hemvårdsnämnden

- **Händelse** som involverar HSE och grupp- och servicebostad där klagomål kommer in om brister i utförandet av omsorg och hälso- och sjukvård.
Identifierade brister är att patienter inte alltid fått sina läkemedel i rätt tid. Flertalet avvikelser gällande utebliven läkemedelsbehandling och det framkommer även brister i hantering av avvikelserna. Brister i journalföring då vårdplaner saknas och de som finns inte alltid följs. Bidragande och bakomliggande orsak är bristande följsamhet till hälso- och sjukvårdsprocessen och journalföring samt bristande teamsamverkan. Det framkom även arbetsmiljöbrister som riskerar att leda till patientsäkerhetsbrister.
Åtgärder: Chefer säkerställer att personal har kännedom om och följsamhet till gällande styrdokument. Ett tydligt teambaserat arbetssätt har utvecklats. Åtgärder utifrån brister i arbetsmiljö som kan leda till patientsäkerhetsbrister hanteras även i Lex Sarah-utredning.
- **Händelse** som involverar HSE och grupp- och servicebostad inkommer som klagomål från närstående. Klagomålet gäller att det ofta dröjer innan baspersonal kontaktar sjuksköterskan vid förändrat hälsotillstånd och att information om förändrat hälsotillstånd inte alltid lämnas till närstående.
Identifierade brister är bristande följsamhet till styrdokument gällande förändrat hälsotillstånd, bristande samverkan och informationsöverföring. Framkommer även bristande följsamhet till hälso- och sjukvårdsprocessen och journalföring.
Åtgärder: Verksamheten säkerställer att personal har kännedom om och följer styrdokument gällande förändrat hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdsprocessen och journalföring samt att informationsöverföring med närstående sker utifrån patientens samtycke och anhörigas önskemål.
- **Händelse:** Legitimerad personal identifierar brister i utförandet av personlig assistans då det vid två tillfällen saknats personliga assistenter hos patient. Risk för att den enskildes behov av omvårdnad och hälso- och sjukvård inte tillgodoses.

Identifierade brister: Generellt handlar identifierade brister om bristande samverkan och kompetensbrist gällande ansvar för hälso- och sjukvård. Personal följer inte hälso- och sjukvårdsprocessen. Brister i överlåten hälso- och sjukvård då vårdplaner saknas, oklarheter i om insatser ska utföras som egenvård eller HSL samt oklart om assistenter fått tillräcklig handledning och instruktion för de arbetsuppgifter som ska utföras. Framkommer dessutom brister i utskrivningsprocessen från slutenvården och avvikelser till regionen är upprättad.

Åtgärder: Ett regelbundet teambaserat arbetssätt har utvecklats mellan chef, legitimerade och övrig personal. Chefer säkerställer att personal har kännedom om och följsamhet till gällande styrdokument. En förvaltningsövergripande chefsutbildning utarbetas gällande chefers ansvar inom hälso- och sjukvården.

Vårdboendenämnden

- **Händelse:** Patient på vård- och omsorgsboende blir succesivt försämrad under drygt två veckor. Först efter att anhörig ”stod på sig” skickades patienten till akuten. Akut njursvikt och kraftig förstoppning diagnostiserades.

Identifierade brister: Under perioden av försämrat hälsotillstånd saknas en strukturerad bedömning, utredning och uppföljning av patientens samlade hälsotillstånd och inrapporterade symtom vilket leder till ett allvarligt hälsotillstånd.

Åtgärder: Utbildning av legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation.

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 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 tre rapporteringar vilket resulterat i ett antal åtgärder som genomförs eller ska genomföras. I rapporteringen framgår även nuvarande läge inom kommunen.

Även om Örebro kommun nu har grundstenarna på plats för att bygga en tillförlitlig informationshantering är mognadsgrad när det gäller att skydda information fortfarande låg eller mycket låg. Det gäller även sekretess och känsliga personuppgifter. Det är tveksamt om kommunen kan anses följa gällande lagstiftning i till exempel offentlighets- och sekretesslagen samt dataskyddsförordningen, förutom i något enstaka fall. Kommunen har bland annat bristande förmåga att upptäcka, agera på och förebygga olika former av intrång i till exempel IT-miljön. Glappet mellan kommunens förmåga och risken att drabbas av intrång ökar med varje form av digitalisering som idag genomförs i kommunen.

NIS-direktiv

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

Inrapporterade incidenter enligt NIS-direktivet 2022

- Två incidenter har anmälts enligt NIS den 4/5 och 13/12 som påverkade trygghetslarmen.
- Problem hos Tele2. Leverantör ansvarar för åtgärder.
- Det har inkommit fyra incidentrapporter från Appva som gäller MCSS. Leverantör ansvarar för åtgärder.

Loggkontroll

Arbetsgivaren har en skyldighet att genomföra loggkontroller i de journalsystem som används. Enligt rutin ska dessa utföras två gånger per år av respektive chef samt på förekommen anledning.

Enligt rapport från vård och stöd har 148 loggrapporter beställts för journalsystemet Treserva enligt fördelning nedan. Utöver dessa har två loggkontroller beställts och genomförts på förekommen anledning.

Verksamhet	Enheter	Antal loggkontroller 2021	Antal loggkontroller 2022
Förvaltningen för sociala insatser	Barn och unga	9	8
	Grupp och servicebostad	69	85
	Ledning GoS - HSE	1	0
	Personlig assistans	12	0
	Socialpsykiatri	1	0
Vård och omsorg	Förebyggande	6	1
	Omvårdnad natt	0	1
	Hemvård 1	0	5
	Hemvård 2	0	6
	HSE Valfärdsteknik	0	29
	HSV Nordost	0	4
	HSV Sydost	0	2
	HSV Väster	0	4
	Vård- och omsorgsboende	0	0
	Totalsumma		98

Utifrån tabellen ovan kan konstateras att rutinen för loggkontrollen inte efterlevs då för få loggkontroller beställts. Särskilt anmärkningsvärt är det att inga loggrapporter är beställda inom vård- och omsorgsboende.

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 2022

De åtgärder som har genomförts finns beskrivna under stycket PROCESS, se sid. 17. Nedan sammanfattas övergripande resultat och analys utifrån dessa åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsansvar

De två kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård som anställdes efter sommaren har skapat bättre förutsättningar för vårdgivaren att leva upp till det ansvar man har för kvalitetsarbetet vad gäller

patientsäkerhet. Det har saknats stödfunktioner med kompetens inom hälso- och sjukvård som kunnat åta sig de arbetsuppgifter och uppdrag som patientsäkerhetsarbetet kräver. I och med förstärkningen av resurser för patientsäkerhetsarbetet har, såväl medicinskt ansvariga som verksamheten en ökad kapacitet att få genomslagskraft i de handlingsplaner som tas fram utifrån hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.

I och med framtagen utbildning för chefer i hälso- och sjukvård och patientsäkerhet finns nu bättre förutsättningar för att chefer ska kunna få den kompetens de behöver för sitt ansvar. Utbildningen är ett viktigt steg på vägen mot att skapa en strukturerad kompetensplan för chefer när det gäller hälso- och sjukvårdsområdet.

Båda förvaltningar har arbetat med att säkerställa att verksamheterna har de rutiner som krävs men man har kommit olika långt. Förvaltningen för sociala insatser har uppnått målet. Detta genom att de haft en processansvarig för hälso- och sjukvårdprocessen som sammankallat de personer och funktioner som behövs för arbetet med att säkerställa rutinerna i förvaltningen.

Hälso- och sjukvårdsprocessen

Multiprofessionellt teamarbete är en förutsättning för en god och säker hälso- och sjukvårdsprocess. För att samverkan ska vara möjlig behöver organisatoriska förutsättningar finnas, något som fortfarande brister framför allt när det gäller externa utförare och legitimerad personal. Detta pekades förra året ut som ett av de viktigaste problemen att lösa. Ännu har inga organisatoriska förändringar skett och verksamheterna uttrycker tydligt att samverkan fortfarande inte fungerar.

Under 2022 har förberedande arbete pågått för att arbeta med och förbättra processen för överlåten hälso- och sjukvård. Genomgångar av processen för överlåten hälso- och sjukvård samt rådande utmaningar har genomförts i ledningsgrupper, chefsforum och forum för sjuksköterskor och funktioner som planerar för överlåten hälso- och sjukvård. Dessa genomgångar har skapat en ökad förståelse för de olika professionerna och funktioners ansvar och även en förståelse för hur olika arbetssätt påverkar processen. Nästa steg i arbetet blir de workshops som är planerade att genomföras våren 2023. Fokus kommer då att ligga på önskat läge och att kvalitetssäkra processen samt arbetssätt. En kvalitetsförbättring av processen för överlåten hälso- och sjukvård kommer även att kräva andra förutsättningar än de som idag råder inom områdena organisation, ekonomistyrning, bemanning och kompetens.

Under hösten 2022 genomfördes två obligatoriska halvdagsutbildningar för legitimerad personal som ett led i att åtgärda identifierade brister vad gäller kunskap om hälso- och sjukvårdprocessen och hur den dokumenteras. Även chefer för legitimerad personal och andra stödfunktioner erbjöds att delta på utbildningen vilket flera har gjort. Sammanlagt deltog 135 personer på utbildningen om hälso- och sjukvårdsprocessen och på andra delen om vårdåtgärder och vårdplaner deltog 263 personer. Totalt finns det 370 anställda legitimerade i Örebro kommun vilket innebär att inte alla gått ännu. Det finns nya utbildningstillfällen inplanerade under våren som dessa kan anmäla sig till. Utbildningen kommer fortsättningsvis erbjudas all nyanställd legitimerad personal. Det är ännu för tidigt för att utläsa några effekter från genomförda utbildningar.

En annan viktig del för att åtgärda identifierade brister är att stödfunktioner som till exempel läkemedelssamordnare, palliativa vårdsamordnare med tillhörande ombudsorganisation, demensteam och utbildade instruktörer för Stjärnmärkt, stödjer det nya arbetssättet. Därför har ett samarbete med dessa funktioner pågått under året med medicinskt ansvariga och utbildare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

När det gäller kompetens i dokumentation av hälso- och sjukvårdprocessen har stödet till verksamheten varit otillräckligt och en brist i många år. Flera förändringar under de senaste två åren har lett till förbättrade förutsättningarna för ett bra stöd. Utbildningsorganisationen har förändrats och utbildare har fått utökad uppdrag och mer tid till förfogande. 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 dokumentationen.

De utökade resurserna av utbildare är en tillfällig lösning men har redan visat sig vara mycket lyckad utifrån vad de åstadkommit under 2022. 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 att utbildare och handledare får förutsättningar för att fullfölja sitt uppdrag på respektive enhet.

Fortsatta satsningar för att uppnå en patientsäker dokumentation av hälso- och sjukvårdprocessen är inte bara nödvändiga utifrån de brister som tidigare identifierats men också inför de utmaningar vårdgivaren står inför då nytt journalsystem ska upphandlas och implementeras under 2023.

Systematiskt kvalitetsarbete

Tack vare utbildningsinsatser följer fler chefer än tidigare sina resultat i MCSS och vissa verksamheter har förbättrat sin följsamhet efter analys och åtgärder vilket är positivt.

Ledningsdialogträffar mellan verksamhetschefer och enhetschefer inom egenregis hemtjänst och hemsjukvården upplevs av ledningen som mycket positiva då de skapat ett forum för dialog och samverkan i gemensamma frågor. Det är en allmän upplevelse att verksamheterna inom social välfärd arbetar i stuprör vilket försvårar samverkan och att arbeta med patienten i centrum. Inom Vård och omsorgsförvaltningen är stuprören mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård det mest framträdande. Ledningsdialogerna är ett steg i rätt riktning.

Sedan 2020 har Örebro kommun saknat en övergripande strategi för patientsäkerhetsarbetet vilket påpekats i tidigare patientsäkerhetsberättelser. Enligt nationell handlingsplan ska alla huvudmän ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet. Det finns en planering för att under våren 2023 påbörja arbetet med att genomföra analys av nuläge gällande patientsäkerhet, och utifrån identifierade brister upprätta en övergripande strategi och handlingsplan. Både Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för sociala insatser kommer att delta.

Kompetensstyrning och kompetensutveckling – resultat och analys

Struktur för att säkerställa ombudsroller i verksamheten och utveckling av internutbildarnas uppdrag är de två aktiviteter som genomförts under året.

Det finns en plan för nätverksträffar för specialistundersköterskor inom områdena demens, palliativ vård, psykiatri samt äldre och välfärdsteknik. Syftet med nätverksträffarna är att nyttja kompetensen som en specialistutbildning innebär effektivare och mer strukturerat.

Precis som många andra områden så påverkas möjligheten för funktioner med spetskompetens att fullfölja sitt uppdrag av hur organisationen och ekonomiska styrsystem är utformade. Många av de åtgärder som ses som nödvändiga för att gå från en organisation i stuprör till en organisation med patienten i centrum och god patientsäkerhet, är också åtgärder som skulle förbättra möjligheterna att bättre utnyttja våra funktioner med spetskompetens. Därmed kommer det arbetet vara avgörande även inom området för kompetensstyrning och kompetensutveckling.

Egenkontroller

Basal hygien

Egenkontroll för basal hygien innefattar:

- Hygienrond
- PPM-BHK – nationell punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler

- ”Lätt att göra rätt” för verksamheter som inte deltar i PPM-BHK mätning

Hygienrund

En gång per år ska chef tillsammans med personal utföra hygienrund. I inlämnade rapporter framkommer att ett fåtal enheter har genomfört hygienrund. Från de enheter som genomfört hygienrund så anges inga resultat.

PPM-BHK – punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler

Verksamheter som utför kommunal hälso- och sjukvård inom ordinärt boende, korttidsvård och särskilt boende enligt SoL och LSS, ska delta i punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Mätningen utförs som en observationsstudie, en personal observerar en annan och inkluderar.

SKR bjuder årligen in till nationell punktprevalensmätningen (PPM-BHK) och i år erbjöds mätningen under vecka 11 och 12. Då många verksamheterna under den perioden hade ett ansträngt bemanningsläge var det inte obligatoriskt att delta. I stället anordnade medicinskt ansvariga en obligatorisk mätning för Örebro kommun under vecka 38 och 39.

Antal deltagande enheter för 2022 och 2021 (2021 inom parentes)

- Förvaltningen för sociala insatser: 23 enheter varav 1 lov-utförare (50 enheter)
- Hemsjukvård: 2 enheter (3 enheter)
- Hemtjänst: 12 enheter varav 7 lov-utförare (17 enheter, varav 3 lov-utförare)
- Vård- och Omsorgsboende: 19 enheter varav 2 privata (21 enheter, varav 2 privata)
- Förebyggande verksamhet: 2 enheter (deltog inte).

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

Örebro kommun andel rätt i de olika stegen	2021	2022	
Desinfektion av händer före patientkontakt	68,6 %	67,1 %	↓
Desinfektion av händer efter patientkontakt	80,8 %	85,9 %	↑
Handskar	90,2 %	93,2 %	↑
Förkläde	79,8 %	76,9 %	↓
Arbetsdräkt	93,4 %	96,5 %	↑
Ringar, klockor, armband	90,8 %	92,1 %	↑
Hår	95,1 %	96,7 %	↑
Naglar	95,4 %	96,2 %	↑

Örebro kommuns resultat ligger lägre än rikssnittet vid jämförelse med SKR's nationella mätningar vilket de också gjorde förra året. Vid jämförelse med 2021 års resultat ligger Örebro kvar på ungefär samma nivåer som tidigare år med marginella förbättringar i alla steg förutom ”desinfektion före patientkontakt” och ”användande av förkläde”, som sjunkit något. I dessa två steg har Örebro kommun lägst följsamhet.

Det är färre antal verksamheter som deltagit vid årets mätningar jämfört med förra året. Flera verksamheter uppger att det finns svårigheter att observera varandra då många arbetsmoment utförs enskilt och därför har man i stället valt att göra ”Lätt att göra rätt”.

Lätt att göra rätt

”Lätt att göra rätt” är självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer. I rapporter från verksamheten framkommer att de flesta verksamheter som inte genomfört PPM-BHK i stället har genomfört ”Lätta att göra rätt”. Liksom tidigare år beskrivs god följsamhet till basala hygienrutiner men att det fortfarande framkommer brister. De brister som är mest förekommande är bristande

handhygien gällande handdesinfektion före patientkontakt och att det förekommer användning av klockor, smycken och nagellack samt att skyddsmaterial inte används på rätt sätt.

Analys

Pandemins tredje år har medfört att verksamheterna fortsatt har arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygien samt att skyddsutrustning används på rätt sätt. Målvärdet för de olika stegen inom området basal hygien är 100% följsamhet.

Vårdgivaren behöver fortsätta att arbeta med kvalitetsarbete för att höja sin följsamhet, särskilt för de två områden där följsamheten är som lägst, ”desinfektion före patientkontakt” och ”användande av förkläde.” Hygienombudet roll är viktig för att tillsammans med chef skapa goda förutsättningar gällande följsamhet till basal hygien och klädregler.

I rapporter från verksamheterna framkommer att de flesta enheter har utsett hygienombud som genomgått grundutbildningen för hygienombud. Chefer har i stor utsträckning ett bra samarbete med hygienombuden för att identifiera förbättringsområden, arbeta med förbättringar och för att genomföra systematiska uppföljningar. Några enheter anger att hygiensjuksköterska bjudits in till verksamheten för utbildning av all personal.

Liksom tidigare år har endast ett fåtal enheter genomfört hygienrund vilket är en brist då den är obligatorisk för alla verksamheter. Chefer behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrund som ska ske en gång per år.

Det har skett en minskning av deltagande i PPM-BHK mätningen, detta trots att mätningen flyttades från våren då verksamheterna hade ett ansträngt läge till hösten. Det framkommer att verksamheter med mycket ensamarbete avstår att delta i mätningen eftersom observationerna kräver minst två medarbetare där den ena observerar den andra. Dessa verksamheter använder i högre grad självskattningen ”Lätt att göra rätt”.

Återkommande självskattningar och observationer av omvårdnadspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner behöver fortsättningsvis genomföras för att ha kontroll på inom vilka områden det är följsamhet och var förbättringsarbeten behöver vidtas. I detta arbete är hygienombuden en viktig resurs.

Dokumentation – Kollegial journalgranskning

Sammanfattningsvis har de flesta verksamheter brister när det gäller att dokumentera fullständig information i patientjournalen, vilket innebär att den enskildes hälso- och sjukvårdsprocess inte går att följa fullt ut. De delar som vanligtvis saknas eller brister är bakgrund, status, uppföljning och att använda frastexter.

Följande brister har identifierats vid journalgranskning:

- Delaktighet, det framgår inte att patienten varit delaktig i planering och uppföljning av åtgärder
- Planerade åtgärder i vårdplaner är inte tydligt beskrivet med vad som ska utföras, när det ska göras, hur och vem som ska utföra åtgärden.
- Måluppfyllelsen/resultatet av insatta hälso- och sjukvårdsåtgärder finns inte beskrivet
- Patientens hälsotillstånd (status) är inte dokumenterat vilket innebär att patienters förmågor eller begränsningar inte framgår av journalen.
- Inaktuella vårdplaner är inte avslutade.
- Omvårdnadspersonal har inte dokumenterat efterfrågad uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder i vårdplanerna.
- Samtycke finns inte dokumenterat.

Övergripande faktorer som kan vara bakomliggande orsaker till bristerna är:

- Det finns igen gemensam rutin för hur omvårdnadspersonal ska veta när det finns nya vårdplaner.
- Det finns inga rutiner för att omvårdnadspersonal ska kvittera en vårdplan i verksamhetssystemet.
- Varierad språkkompetens hos all personal skapar svårigheter i informationsöverföring och dokumentation.
- Hög personalrörlighet hos legitimerad personal som gör att det är svårt att upprätthålla kompetensen.

Förbättringsarbete

Ett förbättringsarbete som har skett under 2022 är framtagande och genomförande av två nya halvdagsutbildningar för all legitimerad personal. En i hälso- och sjukvårdsprocessen och den andra mer inriktad på vårdplaner. Orsaken till att detta genomfördes är tidigare identifierade brister i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentationen av den.

Ett annat stöd som tillkommit, för att kunna erbjuda nära stöd i det dagliga arbetet, är handledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation på varje arbetsplats. En del verksamheter har dock haft svårt att hitta medarbetare som vill vara handledare och en del har inte haft de förutsättningar de behövt, som tid att sätta sig in i uppdraget och tillräckligt med tid till att handleda kollegor.

På vård- och omsorgsboende har verksamheten arbetat med att följa upp identifierade brister i dokumentation kontinuerligt på teamträffar, omvårdnadskonferenser och APT. Checklistor och handlingsplaner har tagits fram, individuella utbildningsinsatser har erbjudits och satsningar för att förbättra språkkunskaperna har genomförts.

Inom hemsjukvården fortsätter arbetet med att skapa utrymme för administrativ tid för legitimerade personal. Utifrån de brister som framkommit finns planer på att starta en arbetsgrupp som ska vara drivande i det fortsatta arbetet.

Inom förebyggande verksamheterna har de arbetat med att förbättra omvårdnadspersonals dokumentation samt sett över sina processer kring att ta emot vårdbegäran och hur de ska dokumentera sina utredningar.

Analys

Trots ny riktlinje och ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsdokumentation finns det fortfarande brister i dokumentationen. Många har sett förbättringar utifrån föregående års egenkontroller men ser att de har ett stort arbete framför sig. Det kommer att ta tid för att få synliga effekter av de utbildningsinsatser som görs, vilket talar för att förvaltningen måste hålla i och fortsätta utbilda och ge stöd. Ett stöd som redan finns är handledarna för hälso- och sjukvårdsdokumentation och det är viktigt att man skapar förutsättningar för handledare och arbetsgruppen att kunna arbeta med förbättringsarbete utifrån det som framkommer i genomförd 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 och behandling

Signering läkemedelsbehandling

För digital signering, av en utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd så som läkemedelsbehandling, används verksamhetssystemet MCSS. Signering av utförd läkemedelsbehandling ingår i kravet på dokumentation och är en del av patientens journal. Vid signering framgår vilken åtgärd som

signeringen gäller, tidpunkt då åtgärden utförts eller skulle ha utförts samt vem som utfört åtgärden.

MCSS möjliggör uppföljning och kontroll av utförd/ej utförd behandling vilket är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Chefer och sjuksköterskor har tillgång till aviseringar och statistik för att dagligen och över tid följa resultat av utförda, ej utförda eller för sent utförda läkemedelsbehandlingar. När sjuksköterska kontrollerat varför arbetsuppgiften inte signerats ska sjuksköterska kvittera larmet.

Statistik från MCSS påvisar att ungefär 460 000 läkemedelsbehandlingar är delegerade till omvårdnadspersonal att utföra och signera varje månad. Av dessa signeras 96%. Trots denna höga andel är det ca 16 000 läkemedelsbehandlingar under december månad som inte är signerade. Dessutom brister sjuksköterska i att följa upp dessa då ca en tredjedel inte är kvitterade.

Av de 4% (5700 st) läkemedelsbehandlingar som inte signerats under december månad vet inte vårdgivaren med säkerhet vilka konsekvenser det inneburit för patienten, det vill säga om det medfört någon vårdskada eller risk för vårdskada

Narkotiska läkemedel

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. Aviseringar om för sent utförd kontrollräkning i MCSS visar att kontrollräkning av narkotiska läkemedel brister. Objektspecialist för MCSS har under året genomfört utbildningsinsatser för sjuksköterskor, men brister kvarstår.

När läkemedel saknas vid kontrollräkning ska avvikelser skrivas och händelsen ska utredas för att fastställa bakomliggande orsak, vilket i vissa fall är stöld. I år har 667 avvikelser om att läkemedel saknas inrapporterats.

Extern kvalitetsgranskning läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av samtliga akutbuffertläkemedels förråd och läkemedelshantering har utförts under våren 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 §). I granskningen ingick även uppföljning av delegeringsprocessen med enkät till omvårdnadspersonal som har delegering av läkemedel. Varje enhet som granskats får en rapport där bristerna presenteras. Rapporten blir underlag för förbättringsarbete som planeras av verksamheten (Sov 289/2022). Exempel på vanliga brister är kontroll och städning av läkemedelsrum, delegerad personal följer inte processen för delegering och att sjuksköterskor inte följer upp att aktuella delegeringar fungerar som planerat.

Hemsjukvårdens brister är mer omfattande än tidigare år när det gäller läkemedelshantering och förråd. Aktuell läkemedelslista finns inte alltid hos patient och signering av läkemedelshantering fungerar inte tillfredsställande. Resultatet av granskningen har presenterats för ledningen för hemsjukvården. Samordnade åtgärder har vidtagits av hemsjukvården och hemvården för att tydliggöra att uppföljning av delegerad läkemedelshantering är ett delat ansvar för enhetschef för delegerad personal, sjuksköterskor och delegerad personal.

Tillsynsrapport– hantering av läkemedelsordinationer och delegering av läkemedel

Vårdboendenämnden utsåg ”hantering av läkemedelsordinationer och delegering av läkemedel” som ett tillsynsområde för granskning inom ramen för interkontrollen under 2022. Detta utifrån identifierad kunskapsbrist hos personal med delegering samt att sjuksköterska inte följer upp hur delegeringen fungerar. Utgångspunkt för granskningen var följsamhet till Rutinen ”Delegering av läkemedel” då den syftar till att kvalitetssäkra processen vid delegering av läkemedel.

Tillsynsrapporten (Vbn 539/2021) visar på brister när det gäller följsamhet till rutin och övergripande riktlinjer och brister avseende sjuksköterskornas förutsättningar att kunna påverka

introduktionen för nyanställd omvårdnadspersonal. Även svårigheter för verksamheten att leva upp till kraven som ställs i ny föreskrift för läkemedelshantering beskrivs. I tillsynsrapporten föreslås att hela delegeringsprocessen ses över och förändras för att uppnå kraven i ny föreskrift och riktlinje. Det anges också att det kommer att innebära en omfattande förändring av arbetssätt, vilket kan innebära att sjuksköterskor behöver återta vissa delar av läkemedelshantering som i dagsläget delegeras.

Analys

Signering läkemedelsbehandling

Att så många läkemedelsbehandlingar inte signeras är en allvarlig brist. Detta då följderna av uteblivet läkemedel kan leda till besvär för patienten och i värsta fall vårdskada. Flera riktade insatser har vidtagits, framför allt inom hemtjänst och hemsjukvård med ledningsdialoger och workshops för att öka kunskapen om säker hantering samt gemensamt ansvar för uppföljning av läkemedelshantering och signering.

Att ej signerade läkemedelsbehandlingar inte kvitteras av sjuksköterska är en återkommande brist och viktigt att få följsamhet till för att säkerställa att patienter får ordinerad behandling. Utbildning och uppföljning av arbetssätt för signering har under året utförts av objektspecialist för MCSS för personal på olika nivåer och riktade stödsatser har genomförts till enheter med svårigheter. Plan finns för fortsatt riktad stöd där det behövs.

Säker förvaring

De frekventa och upprepade stölderna av narkotiska läkemedel gör att en översyn är nödvändig vad gäller förvaring, hantering och kassation av narkotikaklassade läkemedel. Kartläggning av förvaring och förråd på samtliga enheter har initierats liksom översyn av vad som är minsta gemensamma nämnare för säker förvaring med möjlighet att kunna spåra vem som har haft tillträde till läkemedelsförråden genom loggningskontroll. Idag är detta otillräckligt och upphandling av säker förvaring saknas där möjlighet till loggningskontroll finns. Inventering av säker förvaring med möjlighet till loggningskontroll samt system för slutna processer för kassation av läkemedel kommer att kräva investeringar.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och förråd utförs nu varje år på samtliga enheter med akutbuffertförråd. Det skapar bra möjligheter för uppföljning av åtgärder och implementering av nya arbetssätt och är ett viktigt stöd för vårdgivaren att upprätthålla bra kvalitet.

Delegering av läkemedelshantering

Processen för delegering av läkemedelshantering behöver förändras för att vårdgivaren ska leva upp till de krav som ställs i föreskriften (HSLF-FS 2017:37). Arbetet är påbörjat och kommer att fortsätta under 2023. Förändringsarbetet leds av medicinskt ansvariga och stödfunktioner så som kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård samt nätverket för läkemedelssamordnare deltar.

Förnyad process kommer att kräva organisatoriska förändringar för att möjliggöra teamsamverkan och verksamhetsnära bedömningar vilket båda är förutsättningar för en säker delegeringsprocess. Fler patienter är sjukare och mer sårbara för läkemedelsorsakad sjuklighet och behandlingarna är mer avancerade idag jämfört med tidigare. Detta medför större risker för patienten och ökat krav på tätare uppföljning vid läkemedelsbehandling. Idag är uppfattningen att sjuksköterskor delegerar mer än vad som är förenligt med god patientsäkerhet. Många sjuksköterskor upplever att de inte har utrymme att utföra arbetsuppgiften själv och att det är anledningen till att så mycket delegeras, inte att det är förenligt med god och säker vård.

Delegeringsprocessen brister särskilt när det gäller externa hemtjänstutförare i och med den organisation som idag råder när det gäller legitimerad personal. Befintlig organisation innebär att sjuksköterskor utan kännedom om patient och utan tillräcklig kunskap om personal delegerar extern hemtjänst-personal. Tillvägagångssättet är inte förenligt varken med föreskrift, riktlinje eller patientsäkerhet.

Den nya riktlinjen för ordination och hantering av läkemedel i kommunal hälso- och sjukvård som kom 2021 beskriver en process som ger bättre förutsättningar till följsamhet vad gäller de den nationella föreskriften. Därmed blir det fortsatta arbetet för implementering av riktlinjen viktiga att prioritera.

Uppföljning av kvalitetsindikatorer och följemått

- Palliativ vård – Palliativregistret
- Vårdprevention – kvalitetsregistret Senior alert
- Demensvård – BPSD-registret
- Medicintekniska produkter

Palliativ vård – kvalitetsindikatorer i palliativregistret

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister där alla dödsfall ska registreras. I registret anges kvalitetsindikatorer med målvärden som verksamheterna ska arbeta för att uppnå. För att utveckla arbetet med uppföljning av målvärden och kvalitetsindikatorer i verksamheterna har palliativa vårdsamordnarna (PVS) under 2022 erbjudit utbildningstillfällen för sjuksköterskor som registrerar i SPR.

Enligt statistik från verksamhetssystem Treserva har totalt 866 dödsfall inträffat där patienten haft pågående kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa har 249 inträffat inom regionen (sjukhus) och 617 i kommunen. Av de 617 dödsfall som inträffat i Örebro kommun är endast 66% registrerade i SPR.

Tabellen visar resultatet av kvalitetsindikatorerna för de dödsfall som registrerats under 2022.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat% 2021	Resultat% 2022
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	84,4	83,6
Ordination injektion smärtlindring	98	96,6	96,8
Ordination injektion ångstdämpande	98	96,8	97,0
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100	68,3	78,6
Dokumenterad munhälsobedömning	90	66,2	66,9
Avliden utan trycksår	90	90,0	86,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	88,9	93,8

Ett av de sju kvalitetsindikatorernas målvärden uppnås under 2022 och det är målvärdet för ”mänsklig närvaro i dödsögonblicket”. Ingen av de andra kvalitetsindikatorerna uppnår nationella målvärden.

Jämfört med föregående år ligger verksamheterna kvar på ungefär samma nivåer för majoriteten av kvalitetsindikatorerna. För indikatorn ”avliden utan trycksår” ses en liten försämring och för ”mänsklig närvaro i dödsögonblicket” ses en liten förbättring. Ett område förbättrar sitt resultat med hela 10 procent och det är ”smärtskattning under sista levnadsveckan”. Detta tros vara resultatet av PVS's förbättringsarbete med ”strukturerat arbetssätt för bättre symtomkontroll” som genomförts under året tillsammans med de palliativa ombudssamordnarna.

Analys

För att få tillförlitlig statistik som ett underlag för uppföljning av den palliativa vården behöver majoriteten av alla dödsfall vara registrerade. Under 2022 registrerades endast 66% av alla dödsfall. Andelen registrerade dödsfall har ökat med 12 % från förra året vilket är positivt men andelen behöver öka ytterligare för att slutsatserna utifrån resultatet ska vara tillförlitliga. Chefer för

legitimerad personal behöver tillsammans med PVS fortsätta arbetet med att alla dödsfall ska registreras.

Teamarbete och planering av den palliativa vården i ett nära samarbete mellan patient och närstående, legitimerad personal och baspersonal är en väl känd framgångsfaktor för att uppnå en god palliativ vård. Den palliativa ombudsorganisationen är viktig då den utgör grunden i arbetet med att höja kunskapsnivån kring palliativ vård och för att utveckla ett teambaserat arbetssätt, allt i syfte att ge en säker, god och likvärdig palliativ vård. Under året har PVS arbetat strukturerat med utbildning, råd och stöd för personal. PVS har haft regelbundna träffar för palliativa ombudssamordnarlaget och deltagit på lokala ombudsträffar. Det krävs att ombudssamordnarna regelbundet deltar på träffar som anordnas av PVS och att de träffar ombud inom sin egen organisation samt delger information till kollegor, exempelvis på arbetsplatsträff. Verksamheterna har under året kommit en bra bit på väg i att få struktur och regelbundenhet i det palliativa ombudsarbetet.

Det finns brister i utförandet av brytpunktssamtal som ska utföras av läkare. Under 2022 har ett nationellt vårdförlopp antagits där det framkommer att läkare ska hålla brytpunktssamtal när patienten befinner sig i livets slutskede. I Örebro län finns två typer av brytpunktssamtal, det som hålls när läkare beslutar om vårdinriktningen palliativ vård och det när läkare bedömer att den palliativa vården övergår till vård i livets slutskede. Majoriteten av de brytpunktssamtal som hölls 2022 är vid vårdinriktning palliativ vård. Endast ett fåtal patienter och närstående fick ett nytt brytpunktssamtal när vården övergick till vård i livets slutskede. Samverkan med regionen pågår och revidering av länsövergripande styrdokument för palliativ vård förväntas bli färdigställda under 2023.

Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård ska erbjudas 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 som stöd i arbetet och två riktlinjer beskriver det förebyggande arbetet; ”Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert” och ”Trycksår”.

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
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
2022	1186	83%	130	453	1303	566

*inklusive externa vårdgivare

HSV År	Antal personer Riskbedömda	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal bedöm blåsdysfunktion
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
2022	87	83%	18	39	25	19

- På vård och omsorgsboende (Vobo) har antal registreringar minskat de sista åren.

Av de 1771 personer som under 2022 bott på vård- och omsorgsboende (ej korttidsplats) har 67% fått en riskbedömning.

Enligt rapporterade egenkontroller i kvalitetsledningssystemet QPR har 13 av 24 vård- och omsorgsboenden (egenregion) genomfört egenkontroll *Uppföljning och kontroll – vårdprevention* (bilaga 1), för analys av följsamhet till processen i Senior alert.

- **I hemsjukvården** är antal registrerade riskbedömningar fortsatt mycket lågt i förhållande till antal personer med hemvård (hemtjänst och hemsjukvård)
- **Bedömning av blåsdysfunktion** är som tidigare det område som är mest eftersatt. På Vobo har bedömning ökat något.
- **Förvaltningen för funktionsstöd** har under året liksom tidigare år registrerat 0 – 4 riskbedömningar för de ca 100 personer som är 65 år och äldre.

Analys

Vårdgivaren ansvarar för att förebygga ohälsa avseende fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Kvalitetsregistret Senior alert är ett verktyg som ger stöd för att på individnivå, enhetsnivå och övergripande nivå identifiera riskfaktorer, följa och utvärdera förebyggande åtgärder för att minska ohälsa inom dessa områden.

Verksamheterna har svårigheter att använda kvalitetsregister som en integrerad del i vården och omsorgen. Det blir fokus på registreringar i registret i stället för på bedömning och analys av individens risker och behov av åtgärder.

Hemvården (hemtjänst och hemsjukvård) har påbörjat ett gemensamt lärande på ledningsnivå som ett första steg i utvecklingsarbete med riskbedömningar i teamen och planering finns för det arbetet vilket är positivt. Samtidigt har inte hemsjukvården i dagsläget förutsättningar för ett förebyggande arbetssätt då struktur och organisation saknas för ett fungerande tvärprofessionellt samarbete. Denna problematik behöver lösas för att verksamheten ska lyckas med det planerade kvalitetsarbetet.

Demensvård inom vård- och omsorgsboende

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.

Sedan 2017 har verksamheterna uppmanats att använda BPSD-registret och göra BPSD-bedömningar men det var först 2021 som det blev obligatoriskt. Verksamheterna har själva identifierat brister i arbetet med BPSD. Att det inte utförs BPSD-bedömningar på alla med demenssjukdom, att det saknas konkreta bemötandeplaner och att det saknas kompetens vad gäller syftet med arbetssättet men även hur det ska genomföras. Identifierade brister stämmer överens med analysen av den statistik som är tillgänglig i BPSD-registret.

Statistik från BPSD-registret

- Av de 69 avdelningar med inriktning vårdboenden demens som funnits under 2022 är det 39 st (56 %) som använt registret under året. Det är på samma nivå som 2021.
- Av ca 870 individer som under 2022 bott på vårdboenden med demensinriktning har 146 st (17 %) fått en BPSD-bedömning. Det är en försämring sedan 2021 när andelen låg på 26%.
- Ett positivt resultat är att så gott som alla BPSD-bedömningar som görs utförs av ett multiprofessionellt team. Förra året låg resultatet på samma höga nivåer.

Utifrån identifierade brister arbetar verksamheten för att fler enheter ska få möjlighet att gå Stjärnmärktutbildning samt utbilda fler administratörer som kan delta i arbetet och använda BPSD-registret på rätt sätt. Stjärnmärkt är en fördjupande utbildning där deltagarna utvecklar det personcentrerade arbetssättet på sin arbetsplats inom området demensvård. När minst 80 procent av personalen genomfört utbildningen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas den diplommet Stjärnmärkt, en utmärkelse som omprövas varje år.

På ett av vårdboendena med särskild inriktning på BPSD har all personal genomgått stjärnmärktutbildning, och med stöd av handledning och utökad bemanning har de uppnått förändrat arbetssätt med flera goda resultat. Avdelningen för BPSD är den första i Örebro kommun som blivit stjärnmärkt och är också ansluten till kvalitetsregistret SveDem. Boendet är också det första som har en egen Stjärninstruktör. Planeringen är att fler verksamheter ska ha egna Stjärninstruktörer och beslut är taget att årligen avsätta medel för detta inom kompetensbudgeten.

Ytterligare tre boenden har genomfört stjärnmärktutbildningen och kan bli stjärnmärkta så fort de ansluter sig till SveDem. Dessutom pågår stjärnmärktutbildningen på ytterligare fyra boenden som inom kort kan bli stjärnmärkta. Sammantaget har 178 medarbetare genomfört eller håller på att genomföra Stjärnmärktutbildningen under 2022.

En annan viktig faktor för att genomföra BPSD-bedömningar är att verksamheterna har BPSD-administratörer som kan registrera i registret. Under året har fem utbildningar för BPSD-administratörer genomförts och sammantaget har 83 personer deltagit.

På de enheter där kompetensutveckling och handledning genomförts kan verksamheten se resultat så som större andel bemötandeplaner som gett ett bättre mående för demenssjuka hyresgäster, att ordination av samt användandet av lugnande vidbehovs läkemedel minskat. Konkreta resultat är att hyresgästerna sover bättre, äter bättre, är lugnare och mer aktiva än tidigare.

Demensteamet fortsätter att vara ett stöd för verksamheten såväl i individuella ärenden som i handledning och kompetensutveckling utifrån den plan för kompetensutveckling i kognitiv svikt och demenssjukdom som togs fram förra året. I september bjöds all personal inom Vård- och omsorgsförvaltningen in till en uppskattad och givande föreläsning av överläkare Sibylle Meyer inom ämnet bakomliggande orsaker till BPSD, den medicinska behandlingen samt vikten av teamsamarbete.

Under året har flera specialistundersköterskor i demens tagit examen och på så sätt förstärkt kompetensen inom vården och omsorgen för personer med demenssjukdom ytterligare.

För att möjliggöra kvarboende och utnyttja boendeplatserna så effektivt som möjligt har en sammanslagning av gruppboende- och vårdboende demens skett under våren, utifrån tidigare beslut. I samband med denna förändring har flera kompetensutvecklingsaktiviteter erbjudits i en särskild satsning på kompetenshöjande insatser för att stärka en personcentrerad vård på vård- och omsorgsboende. Starten var en obligatorisk workshop för samtliga enhetschefer på Vård- och omsorgsboende som har demensinriktning inom sin verksamhet. Syftet med workshopen är att stärka enhetscheferna i att leda i personcentrerad vård och göra en nulägesanalys av fortsatt utvecklingsbehov. Under senare delen av hösten har workshop hållits om skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder. Workshopen bygger på den länsövergripande riktlinjen samt svenskt demenscentrums kunskapsstöd om Nollvision, ett arbetssätt för en demensvård utan tvång och begränsning. Utbildningen vänder sig till det multiprofessionella teamet på vård- och omsorgsboende; enhetschef, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjuksköterska.

Analys

Att använda BPSD-registret är viktigt för att förebygga och bemöta beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom på rätt sätt. Registret gör det också möjligt för

verksamheten att utvärdera sina resultat och säkerställa att man arbetar utifrån gällande nationella och kommunala riktlinjer och rutiner.

Fortsatt behövs riktat stöd för att fler avdelningar med inriktning vårdboenden demens ska använda BPSD-registret. Det behövs också stöd i att använda registret på rätt sätt, 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. Under 2023 planerar Demensteamet att prioritera riktat stöd till de enheter som är anslutna till registret men som inte gjort några eller endast ett fåtal BPSD-registreringar.

Flertalet kompetensutvecklingsaktiviteter har anordnats enligt den plan och struktur som togs fram enligt kompetensplanen inom kompetensområdet kognitiv svikt och demenssjukdom förra året samt i den särskilda satsningen på kompetenshöjande insatser för att stärka en personcentrerad vård på vård- och omsorgsboende. Aktiviteterna har genomförts i något långsammare takt än planerat då verksamheterna haft svårt att släppa i väg sina medarbetare på grund av brist på vikarier. Även om aktiviteter genomförts är det för tidigt att ännu se några resultat på verksamhetens följemått (exempelvis antal registreringar i BPSD-registret) men verksamheterna tycker sig ändå se ett förändrat arbetssätt och förhållningssätt som givit kvalitetsförbättringar vilket är positivt och en indikation på att aktiviteterna ger önskad effekt.

Medicintekniska produkter

För att följa de krav som finns på spårbarhet av medicintekniska produkter (omvårdnadshjälpmedel) använder verksamheten verksamhetssystemet Sesam2. Samtliga omvårdnadshjälpmedel är inlagda i systemet och dessutom finns nu ID-märkning av samtliga vårdsängar, mobila personlyftar, taklyftsmotorer, duschbritsar, fallskyddsmattor, överflyttningssplattformar och snart också alla hygienstolar. Detta möjliggör spårbarhet för de medicintekniska produkter som ska besiktigas och genomgå service.

När det gäller andra medicintekniska produkter som är inköpta till verksamheterna, exempelvis vågar, droppställningar, rullstolar, gåbord eller rollatorer, har verksamheten inga fungerande rutiner för hur de ska hanteras. Dessa finns inte registrerade i något verksamhetssystem, vilket gör att verksamheten och vårdgivaren i dagsläget inte följer de krav som ställs i lagstiftningen.

Besiktning av omvårdnadshjälpmedel

- **Mobila personlyftar och taklyftsmotorer.** Av totalt 1080 har 662 besiktigats under 2021 fram till sista september. Det finns då 370 kvar att besikta fram till årsskiftet vilket enheten kommer att nå tack vare förbättrad planering. Årets resultat är i jämförelse med föregående år förbättrat.
- **Vårdsängar** ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år. Totalt finns 2378 sängar registrerade varav 663 är genomgångna och servade enligt plan. Målet är att besikta 1100 sängar under 2022 vilket enheten bedöms klara.
- **Duschbritsar** ska kontrolleras varje år enligt anvisning. Totalt finns det 76 duschbritsar registrerade. 16 av dem är genomgångna och servade hittills i år i samband med utleverans. Samtliga duschbritsar kommer inte hinna bli kontrollerade i år, tekniker och hjälpmedelskonsulenter arbetar med planering för detta.
- **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.

Avvikelser MTP

Antalet avvikelser som berör medicinskt tekniska produkter är lågt i relation till den mycket stora mängden omvårdnadshjälpmedel som hanteras. En orsak kan vara att avvikelser-rapporteringen till omvårdnadshjälpmedel inte är integrerad med övriga rapportering av avvikelser i Örebro kommun.

Analys

Genom förbättringsarbete på enheten för omvårdnadshjälpmedel sker besiktningarna nu mer kontinuerligt under året med bättre samordning. Tidigare har det varit svårt att hinna med alla besiktningar på grund av att alla tekniker inte haft behörighet att besikta produkterna. Alla tekniker har nu gått utbildning för att kunna besikta. Det blev en viss fördröjning av besiktningar på grund av pandemin då flera planerade utbildningar in.

Rutinerna för besiktning av sängar har förbättrats. Tidigare har sängar i ordinärt boende enbart besiktigats när de kommit åter till enheten för omvårdnad vilket ibland kan dröja många år. I februari i år så började enheten åka ut och besikta även sängar hemma hos patienter. Något som framkommit är att många sängar behöver skrotas eftersom de inte längre uppfyller säkerhetskraven. Det finns även behov av att med jämna mellanrum byta ut sängar på vård- och omsorgsboende, nästan en fjärdedel av sängarna är över 20 år. Det behövs en mer långsiktig planering för kontinuerliga inköp för att trygga användandet framåt.

Fortsatt utveckling inom ramen för WebSesam har gjorts under året. En ny sortimentskatalog är på plats och även den webbaserade *Hjälpmedelstjänsten*. Här kan förskrivare söka upp alla upphandlade omvårdnadshjälpmedel, få produktinformation samt tillgång till aktuell bruksanvisning. Kravet om att en bruksanvisning alltid ska följa med ett omvårdnadshjälpmedel säkerställs nu genom att förskrivaren har tillgång till aktuell bruksanvisning. I förvaltningens ledningsgrupp har beslut tagits om att samtliga bruksanvisningar skrivs ut av förskrivare, alternativt laddas ner och används digitalt ute i verksamheterna.

Förbättringsområden som identifierats är att se över avvikelseprocessen och möjligheter att integrera den i befintlig avvikelsemodul 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 idag. Exempel på produkter som verksamheten brister i kontroll och så vidare är droppställningar, inköpt träningsutrustning, inköpta rullstolar eller inköpta GPS-larm. Enheten för omvårdnadshjälpmedel har inte i uppdrag att hantera dessa produkter idag. För att få en effektivare, säkrare hantering och följa gällande lagstiftning av dessa produkter borde en likartad hantering för dessa produkter finnas och att de registreras i ett verksamhetssystem. Ledningen behöver ta ställning till år hur hanteringen av dessa produkter ska ske och registreras i framtiden.

Avvikelser

Sammanställning är gjord av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och fallavvikelser för perioden mellan oktober 2021 och september 2022. Resultatet är sammanställt i januari 2023 vilket innebär att majoriteten av de avvikelser som rapporterats borde vara hanterade och avslutade.

Följsamhet till avvikelseprocessen

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

Antal hanterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i respektive processteg:

År	Steg 1	Steg 2		Steg 3		Steg 4	Steg 5	Steg 6
	Rapportera	Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda	Åtgärda	Följa upp	Avsluta
2021	4886	866	4020	767	3253	2928	2488	2373
2022	4386	1001	3385	461	2924	2614	2246	2133

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

- Av 4386 rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser är:
 - 59% hanterade i samtliga steg i processen och avslutade (461+2133 = 2594)
 - 23% inte hanterade i något steg (1001 av 4386)
- Jämfört med 2021 är det en försämring. Då var:
 - 64% hanterade i samtliga steg (767 + 2373 = 3140)
 - 18% inte hanterade i något steg (866 av 4886)

Antal hanterade fallavvikelser i respektive processteg:

År	Steg 1 Rapportera	Steg 2 Utreda		Steg 3 Bedöma		Steg 4 Åtgärda	Steg 5 Följa upp	Steg 6 Avsluta
		Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda			
2021	6370	1154	5216	3427	1789	1553	1274	1215
2022	6866	1596	5270	3399	1869	1581	1211	1093

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

- Av 6866 rapporterade fallavvikelser är:
 - 65% hanterade i samtliga steg i processen och avslutade (3399 + 1093 = 4492)
 - 23% inte hanterade i något steg (1596 av 6866)
- Jämfört med 2021 är det en försämring. Då var:
 - 73% hanterade i samtliga steg (3427 + 1215 = 4642)
 - 18% inte hanterade i något steg (1154 av 6370)

Antal avvikelser inom olika områden

Vid rapportering kategoriseras hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL-avvikelser) i ”område” och ”aktivitet”, enligt nedan.

Fall är en egen kategori och ingår inte i HSL-avvikelser. Perioden omfattar oktober 2021 till september 2022. Jämförelse görs med föregående års resultat.

Område + antal	Aktivitet	Antal	Antal
		2021	2022
HSL/Hälso- och sjukvård 2021=1108 2022=781	Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	388	304
	Fördröjd hälso- och sjukvård	103	104
	Utebliven hälso- och sjukvård	355	222
	Journalföring	165	39
	Munhälsa	4	6
	Trycksår	19	28
	Vikt förlust - ofrivillig	1	1
	Vårdrelaterad infektion	6	5
	Bemötande	36	36
	Bruten sekretess	6	7
	Tillgänglighet – Svårighet att nå personal/ledning	25	28
HSL/Information 2021=136 2022=142	Regionen – felaktig/fördröjd/uteliven information/planering	28	37
	Felaktig/fördröjd/uteliven information - kommunen	107	105
HSL/Läkemedel	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel i ordningställt, bristande hantering)	469	711

2021=3541 2022=3384	Ordnationsinformation – felaktig/fördröjd/utebliven	311	374
	Utebliven behandling – (glömd dos, ej iordningställd dos)	1224	1584
	Läkemedel saknas vid kontrollräkning (narkotika)	485	705
	Läkemedel (en felaktig aktivitet i modulen 2021)	1047	5
HSL/MTP 2021=101 2022= 79	Felaktig/fördröjd/utebliven leverans	11	4
	Handhavandefel	72	63
	Produktsfel	18	12
Summa:		4886	4386
Fall 2021= 6370 2022= 6866	Fall med skada	1290	1361
	Fall utan skada	5079	5505

Hantering av avvikelser

Samverkan för att utreda gemensamma avvikelser skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Utförare inom Förvaltningen för sociala insatser, externa utförare av hemtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamheten i ordinärt boende har alla identifierat brister i teamsamverkan för att gemensamt utreda och åtgärda rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser. Fungerande samverkan saknas till stor del fortfarande.

Förvaltningen för sociala insatser har under året gjort ett omtag avseende hela processen kring avvikelser där bland annat ökad samverkan med legitimerade är under utveckling på några enheter. Läkemedelsavvikelser är fortfarande den vanligaste avvikelserna och inom Fsi har verksamheter utsett läkemedelsansvariga vid varje arbetspass för att kvalitetssäkra läkemedelshandlingen vilket gett positiv effekt.

För egenregins utförare av hemtjänst och hemsjukvården fortsätter teamsamverkan att utvecklas där nya forum och former för systematisk avvikelshantering prövas. Sjuksköterskors delaktighet vid avvikelsevenomgångar har dock varit varierande beroende på hög arbetsbelastning. Även på vård och omsorgsboende fortsätter arbetet att utvecklas med rutiner för teamträffar och gemensam utredning.

Ett utvecklingsområde som uppmärksammas är kunskap om vad rapporteringen av en avvikelse i verksamhetssystemet behöver innehålla för att teamet ska kunna utreda bakomliggande orsaker till händelsen och därmed vidta rätt åtgärder. VISA-handledare planeras att vara stöd för omvårdnadspersonalen i detta.

Flera verksamheter har identifierat att de två sista stegen i avvikelseprocessen, åtgärder och uppföljning behöver utvecklas och är otillräckligt genomförda och dokumenterade.

Den samlade bedömningen är att verksamheterna gör framsteg vad gäller avvikelshantering och att samarbete och dialog om avvikelser utvecklas.

Avvikelser till och från Region Örebro län 2022

Överenskommelse finns mellan Region Örebro län och Örebro kommun om hur avvikelser i samverkan mellan vårdgivarna ska hanteras.

Avvikelser till Region Örebro hanteras av enhetschef med registrering i avvikelsemodulen, åtgärden ”delges regionen” väljs och ärendet diarieförs. Svar från regionen ska hanteras av diariet och delges enhetschef i kommunen.

- 67 avvikelser är delgivna Region Örebro län enligt avvikelsestatistiken i Treserva
- 59 ärenden finns registrerade enligt rutin i diariet w3d3 (5 vårdboendenämnd och 54 hemvårdsnämnd)

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

- 39 avvikelser från Region Örebro län är diarieförda i w3d3 (9 vårdboendenämnd och 30 hemvårdsnämnd)

Avvikelser till och från Region Örebro län handlar fram för allt om bristande informationsöverföring och bristande planering av vården i samband med utskrivning från slutenvården. Flest avvikelser gäller verksamheterna ambulans och akutvården.

Antalet avvikelser till och från Region Örebro samt inkomna och skickade utredningar och svar kan inte med säkerhet redovisas då följsamheten brister till rutinen som beskriver hur avvikelser i vårdkedjan ska hanteras. Under 2022 har Välfärd och folkhälsa, Regional utveckling, påbörjat en utredning med syfte att förbättra processen för avvikelser i samverkan mellan regionen och kommunerna. Resultatet av utredningen förväntas bli klar under början av 2023.

Analys

Verksamheten har utifrån rapporterade avvikelser och hanteringen av dessa i de olika processtegen inte förbättrat sitt resultat sedan föregående år. Fortfarande är ca 40% av rapporterade avvikelser inte fullständigt hanterade och 23% av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser är inte hanterade i något steg. Det är en allvarlig brist att så stor andel av de rapporterade avvikelser inte utreds.

Mönstret vad gäller vilka olika typer av avvikelser som rapporterats är oförändrat mot tidigare år, både avseende vilka avvikelsetyper som är vanligast (fall och läkemedel) och vilka som är underrapporterade. Ett tydligt exempel på underrapportering är trycksår där endast 28 avvikelser rapporterats trots att det finns 148 trycksår registrerade i Senior alert.

Av verksamheternas egna redogörelser framgår att processer i avvikelshantering har förbättrats men att man uppfattar det komplicerat och mycket tidskrävande. Medicinskt ansvariga ser att det förekommer kunskapsbrist i både praktisk hantering av avvikelser och kunskaper i utredning och analys som är grunden för åtgärder i syfte att utveckla effektivare, säkrare, kvalitativa och hållbara arbetssätt.

Bristande utredning och analys ger bristfälliga åtgärder och uteblivet förbättringsarbete. Verksamheten har generellt svårt att skilja på åtgärder utifrån individnivå och systemnivå. Åtgärden blir ofta att prata med den som "gjort fel" i stället för att fundera över varför medarbetare gör fel och arbeta med förbättringar och stöd som gör det lätt att göra rätt. Verksamheten behöver stöd i att komma dit i sitt förbättringsarbete. Det är orimligt att hela ansvaret för det praktiska genomförandet av utredning och analys samt att planera och leda förändringsarbetet, ska hanteras av enhetschefer. De behöver stöd i avvikelshanteringen, inte bara genom utbildning utan genom en struktur med stödfunktioner. Det skulle ge ett stöd för analys och åtgärder på systemnivå vilket är grunden för ett fungerande och effektivt förbättringsarbete och därmed bli ett lärande i organisationen vilket idag saknas.

Klagomål och synpunkter

Av totalt 16 516 registrerade avvikelser i avvikelsemodulen är 425 klagomål. Förutom dessa kan det finnas klagomål registrerade i kommunens diarium men eftersom det saknas struktur för att sammanställa dessa finns ingen sammanställning av dessa siffror.

Det råder fortfarande osäkerhet om hur klagomål och synpunkter ska hanteras. Verksamheten har svårt att avgöra vilka klagomål och synpunkter som ska rapporteras och hur de ska rapporteras då flera alternativ finns; avvikelsemodul i journalsystem, digital blankett på orebro.se och diariet W3D3. Dessa förhållanden medför att en samlad analys av resultat inte blir möjlig att göra.

Risicanalys

Många chefer har rutiner och utarbetade arbetssätt för hur riskanalyser ska genomföras i verksamheten. 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 följder som kan komma med en förändring.

Fler riskanalyser har genomförts där resultat av identifierade risker och insatta åtgärder inte redovisas. Det behövs därmed fortsatt kompetensutveckling om riskanalyser som ett verktyg och stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.

Coronapandemin

Under pandemins tredje år har verksamheterna fortsatt haft fokus på att minska smittspridning samt att genomföra vaccinationer. Liksom tidigare år har alla verksamheter, oavsett förvaltningstillhörighet och om det är externa utförare eller egenregi, arbetat med följsamhet till arbetssätt och styrdokument gällande covid-19. De digitala lösningar för samverkan och kommunikation som tidigare införts har använts men även fysiska möten har nu varit möjligt.

Utvecklingen av pandemin har hela tiden följts av ledningen. Chefer har rapporterat antal smittade och misstänkt smittade och verksamheterna har regelbundet fått rapporter gällande smittläget. De flesta verksamheter har varit förskonade från större smittutbrott under större delen av året. Mot slutet av året har en ökning av smitta skett vilket också varit förväntat då såväl covid-19 som andra smittsamma sjukdomar sprids lättare vintertid.

Första kvartalet av 2022 präglades av de restriktioner som pandemin medfört. Verksamheterna beskriver den utmaning som varit när samhället återgick till det ”normala” då flera restriktioner togs bort samtidigt som vissa restriktioner kvarstod inom de kommunala verksamheterna. Det har krävts extra insatser med att påminna om vad som gäller på arbetsplatsen för att säkerställa följsamhet till det som gäller. Ett nära ledarskap har, liksom tidigare år, varit en betydande framgångsfaktor och hygienombuden beskrivs som en viktig resurs i detta arbete.

I samband med att restriktionerna kopplat till covid-19 bort i samhället öppnade dagverksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen och dagliga verksamheter inom Förvaltningen för sociala insatser upp igen.

Ett omfattande vaccinationsarbete har pågått under 2022. Arbetsbelastningen har varit hög i perioder. Generellt har det varit svårt att bemanna utifrån behoven och både sjukfrånvaro och låg tillgång på vikarier har försvårat en redan ansträngd situation.

Liksom föregående år har en hel del utbildningar genomförts digitalt format. Nätverksträffar och liknande aktiviteter har utförts i högre omfattning jämfört med tidigare år, många har kunnat ske i fysisk form.

Samlad analys av medicinskt ansvarig

Sedan 2016 har målen för patientsäkerhetsarbetet i Örebro kommun varit i stort sett desamma. Detta eftersom åtgärderna inte varit tillräckliga för att kunna betrakta målen som uppfyllda. Patientsäkerhetsfrågorna upplevs hanteras i separata spår vid sidan av socialtjänst, ekonomi, bemanning, organisation och andra delar som påverkar. Det är ett problem att patientsäkerhet inte integreras då hälso- och sjukvården och därmed patientsäkerheten i högsta grad påverkas av hur dessa områden hanteras.

Att vårdgivaren under sex år inte uppnått effekt i patientsäkerhetsarbetet skulle kunna bero på att det saknas såväl en patientsäkerhetskultur som en långsiktig och hållbar handlingsplan. Under åren har flera goda initiativ tagits och åtgärder har genomförts men utan att ingå i en större plan och strategi och därför har de inte fått den genomslagskraft som varit önskvärd. Sedan 2020 har Socialstyrelsen ställt krav på att alla vårdgivare ska ha en långsiktig plan för patientsäkerhetsarbetet som sträcker sig över fem år, vilket fortfarande saknas i Örebro kommun. Sedan i höstas finns en planering för att ta fram en sådan handlingsplan med start våren 2023. Det är av största vikt att detta arbete prioriteras.

En faktor som ofta lyfts som ett hinder för att arbeta såväl patientsäkert som personcentrerat är de förutsättningarna som råder för att samarbeta mellan olika professioner och mellan olika verksamheter. Verksamheterna beskrivs idag arbeta i sina stuprör i separata processer. Återigen anges ekonomi och organisation vara huvudsakliga anledningar till detta. Dessa förutsättningar behöver ses över och förändras för att ge medarbetarna rätt förutsättningar för att arbeta patientsäkert.

I år har fler åtgärder än tidigare påbörjats utifrån målen, framför allt inom områdena för hälso- och sjukvårdsansvar och hälso- och sjukvårdsprocessen vilket är positivt. Utbildningsinsatserna för legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation är en av de viktigaste åtgärderna som genomförts. Legitimerad personals kunskap i dessa delar är grundläggande för en patientsäker hälso- och sjukvård.

Inom områdena palliativ vård och demensvård har det genomförts flera förbättringsarbeten under 2022. Gemensamt för dessa områden är att de finns en strategi och plan för förbättringsarbetet utifrån identifierade brister. Det finns dessutom funktioner som driver arbetet och ombud som bär kunskap ut i verksamheten; demensteamet och BPSD-administratörer samt palliativa vårdsamordnare och organisation med palliativa ombud och ombudssamordnare. Detta är något att inspireras av även när det gäller andra områden och patientgrupper.

Mål för 2023

Kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet utifrån analys av redovisade resultat.

Patientsäkerhetsarbetet under 2023 behöver fokuseras på att utarbeta en långsiktig och hållbar handlingsplan för patientsäkerhet och det blir därför ett av målen. Detta arbete kommer att kräva stort engagemang och arbete från ledningsfunktioner inom område Vård och omsorg och Funktionsstöd. Det är en omfattande analys som behöver genomföras och utifrån resultatet ska sedan en handlingsplan utarbetas. För övriga tre mål finns sedan tidigare handlingsplan upprättad och aktiviteter har påbörjats men vårdgivaren har inte uppnått målen så därför kvarstår dessa.

Målen för 2023 är att:

- Vårdgivaren Örebro kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- alla chefer som arbetar i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller utför överläten hälso- och sjukvård ska genomgå utbildning i hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete.
- hälso- och sjukvårdprocessens steg följs och dokumenteras av legitimerad personal.
- utarbeta säkra processer för överläten (delegerad och fördelad) hälso- och sjukvård.