

Patientsäkerhetsberättelse.

Örebro kommun 2023



Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelse 2023 sammanfattar vårdgivaren Örebro kommuns arbete med patientsäkerhet under året och är sammanställd av medicinskt ansvariga. Patientsäkerhetsberättelsen presenteras under tre huvudrubriker:

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

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



Källa:

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

Innehåll

Inledning	3
Innehåll	4
SAMMANFATTNING	5
Mål för 2023	5
Åtgärder, resultat och analys utifrån målområden	5
Mål för 2024	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier för 2023	7
Organisation och ansvar	7
En god säkerhetskultur	13
Samverkan	13
Hälsa- och sjukvårdsforum	14
Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete	14
Adekvat kunskap och kompetens	15
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	17
Åtgärder utifrån målen för 2023	17
Målen för 2023	17
Åtgärder, resultat och analys utifrån målen	17
Egenkontroller och följemått	18
Basal hygien	19
Dokumentation	20
Läkemedelshantering	23
Medicintekniska produkter	25
Demensvård med stöd av BPSD-registret	27
Palliativ vård utifrån Svenska palliativregistret	29
Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert	30
Kvalitetsuppföljning av Enheten för uppföljning	32
Öka kunskap om inträffade vårdskador	32
Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria	32
Tillförlitliga och säkra system och processer	33
Säker vård här och nu	33
Riskanalyser	34
Stärka analys, lärande och utveckling	35
Avvikelser	35
Klagomål och synpunkter	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	38
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	40
Mål för 2024	40
Bilagor	41

SAMMANFATTNING

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

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 överlåtten 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 överlåtten (delegerad och fördelad) hälso- och sjukvård.

Åtgärder, resultat och analys utifrån målområden

Långsiktig handlingsplan för patientsäkerhet

Verksamhetschefer, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare, planerare och andra stödfunktioner från område Vård och omsorg samt Funktionsstöd har tillsammans genomfört en nulägesanalys med hjälp av Sveriges kommuner och regioners (SKR) verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.

Målet att ta fram en långsiktig handlingsplan är inte uppnått vilket gör att arbetet kommer att fortsätta under våren 2024.

Chefers kompetens i hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete

I januari 2023 gick startskottet för den nya grundutbildningen i chefers ansvar för hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete. Kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård håller i utbildningen som innehåller både teori och workshop. Utbildningen är planerad att erbjudas kontinuerligt för chefer i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller utför överlåtten hälso- och sjukvård. Majoriteten av de chefer som deltagit uppger att de genom utbildningen fått ökad kunskap om sitt ansvar för hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Flera av de som deltog uttryckte behov av påbyggnadsutbildning för att få fördjupad kunskap inom områdena hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet.

Följsamhet till hälso- och sjukvårdprocessens steg och dokumentation

Utbildningssatsning i hälso- och sjukvårdprocessen och dokumentation påbörjades under 2022 och har fortsatt under 2023. Tre olika utbildningar har erbjudits till sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Brister kvarstår inom ungefär samma områden trots de utbildningsinsatser som genomförts under 2022 och 2023. Verksamheterna tycker sig dock se en viss förbättring så även om bristerna kvarstår kan de ha minskat i omfattning inom vissa områden.

Säker process för överlåtten hälso- och sjukvård

Under våren 2023 genomfördes en workshop om processen för överlåtten hälso- och sjukvård. Resultatet visade att förutsättningarna behöver förbättras för teamsamverkan, arbetsuppgifter behöver differentieras och baspersonalens kompetens behöver höjas när det gäller hälso- och sjukvård, omsorg, omvårdnad och rehabiliterande arbetsätt. Resultatet lämnades över till kärnarbetsgruppen för ”Utvecklingsarbete hälso- och sjukvård 2024” där olika arbetsgrupper fått i uppgift att arbeta fram förslag för hur man ska kunna uppnå önskvärda förbättringar. Inga åtgärder har ännu genomförts. Målet med en säker process för överlåtten hälso- och sjukvård kommer att kvarstå även under 2024.

Åtgärder som har genomförts är utbildning för enhetschefer och sjuksköterskor för att implementera den rutin för delegering som funnits sedan 2015 och till vilken följsamheten varit svag (se kommunens diarie- och ärendehanteringssystem; Vbn 539/2021). En viss förbättring av delegeringsprocessen kan ses inom vård- och omsorgsboenden. Inom hemtjänst (både egenregi

och externa) och hemsjukvård är följsamheten till delegeringsrutinen fortsatt låg vilket innebär risker för patientsäkerheten.

Mål för 2024

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

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

Verksamhets- och enhetschefer värderar betydelsen av att arbeta med och upprätthålla en god patientsäkerhet högt men det finns förhållanden som hindrar. Bland annat saknas en tydlig struktur och arbetssätt för patientsäkerhetsarbete, stöd till verksamhets- och enhetschefer är otillräckligt och det finns vissa ekonomiska hinder.



Övergripande mål och strategier för 2023

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

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

Målen för 2023 års patientsäkerhetsarbete har haft fokus på att utarbeta en långsiktig och hållbar handlingsplan för patientsäkerhet och att skapa en patientsäkerhetskultur.

- Vårdgivaren Örebro kommun ska ha en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Alla chefer som arbetar i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller utför överlåten 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 överlåten (delegerad och fördelad) hälso- och sjukvård.

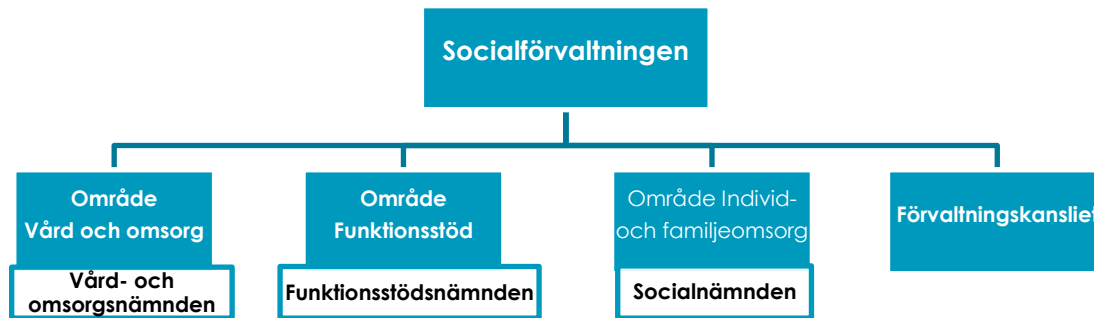
Organisation och ansvar

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

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

Socialförvaltningen

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



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

En vårdgivares ansvar omfattar bland annat att

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

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

Överlåtten hälso- och sjukvård

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

Externa utförare

Delar av socialtjänsten är konkurrensutsatt och ansvaret för externa utförare, som arbetar på uppdrag av vårdgivaren Örebro kommun, ligger direkt på respektive nämnd.

Örebro kommun har externa utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) och lag om offentlig upphandling (LOU). Under året har det funnits 9 externa omvårdnadsutförare av hemtjänst, 4 externa utförare av daglig verksamhet och 1 extern utförare av bostad med särskild service.

Hälso- och sjukvårdsansvaret i verksamheten

Verksamhetschef enligt HSL

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

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

Medicinskt ansvariga

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

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

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

Chefer

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

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

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

Legitimerad personal

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

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

Omsorgspersonal

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

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

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan mellan Örebro kommun och Region Örebro län

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 Örebro län finns fyra länsdelar; Örebro, Väster, Norr och Söder. I varje länsdel finns en samverkansledare som stöd för länsdelssamverkan. Tjänsten i Örebro länsdel är finansierad 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.

Länsdelsgrupp

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

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

Vårdkedjegrupp Örebro

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

Vårdkedjegruppens uppdrag:

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

ViSam

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

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, smittspridning/vaccinering, medicintekniska produkter, forskning och Nära vård. Ofta bjuds gäster in för att kunna informera eller föra en dialog med alla länets medicinskt ansvariga samtidigt. Nätverket har en återkommande samverkan med Smittskydd och Vårdhygien inom regionen. Nätverket för medicinskt ansvariga arbetar tillsammans för att driva hälso- och sjukvårdsfrågor och förbättra patientsäkerheten. De arbetar också för att skapa länsgemensamma processer och rutiner för en så jämlik hälso- och sjukvård i länet som möjligt.

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.

Nära vård

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

Förslag på ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet finns framtagna och har under 2023 gått ut på politisk beredning inom regionen och länets kommuner. I detta arbete ingår även förslag om Principer för samverkan, Rehabilitering på primärvårdsnivå, Medicintekniska produkter och Ekonomisk modell. Beredningen ska pågå till och med mars 2024 och förslaget ska upp till beslut under hösten 2024.

Gränslös samverkan

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Örebro kommun har ett kommunövergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som innefattar kommunens egna verksamheter. I LIS ingår delar som granskningar, mätningar, uppföljningar och rapportering till 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.

Örebro kommun har grundstenarna på plats för att bygga en tillförlitlig informationshantering. Dessvärre är mognadsgraden för att skydda information fortfarande relativt låg, men arbetet och förståelsen börjar sprida sig ut till verksamheterna. Det gäller även sekretess och känsliga personuppgifter. Det är idag tveksamt om kommunen kan anses följa gällande lagstiftning i till exempel offentlighets- och sekretesslagen samt dataskyddsförordningen på en övergripande nivå. Kommunen har brister i sin informationshantering vad gäller hur vi upptäcker och rapporterar informationssäkerhetsincidenter, men även hur vi upptäcker intrång i våra system. Desto mer vi digitaliserar desto större blir behovet av att informationshanteringen sker korrekt och efterlevs.

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 2023:

- Två incidenter angående problem hos Tele2 vilket påverkade trygghetslarmen. Leverantör ansvarar för åtgärder.
- Två incidenter angående det digitala signeringssystemet MCSS. Leverantör ansvarar för åtgärder.

Loggkontroll

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

Enligt rapport från vård och stöd har 130 loggrapporter beställts för journalsystemet Treserva enligt fördelning nedan. Utöver dessa har 5 loggkontroller beställts och genomförts på förekommen anledning. Utifrån antalet anställda, borde ungefär 480 beställningar göras av chefer inom Vård och omsorg och att ungefär 280 beställningar inom Funktionsstöd.

Område	Verksamheter	Antal loggkontroller 2021	Antal loggkontroller 2022	Antal loggkontroller 2023	
Funktionsstöd	Barn och unga	9	8	0	
	Grupp och servicebostad	69	85	52	
	HSE	1	0	4	
	Personlig assistans	12	0	0	
	Socialpsykiatri	1	0	0	
Vård och omsorg	Förebyggande	6	1	0	
	Omvårdnad natt	0	1	0	
	Hemvård 1	0	5	5	
	Hemvård 2	0	6	23	
	HSE Välfärdsteknik	0	29	0	
	HSV Nordost	0	4	0	
	HSV Sydost	0	2	4	
	HSV Väster	0	4	4	
	Vård- och omsorgsboende	0	0	38	
Totalsumma		98	148	130	

Utifrån tabellen ovan kan konstateras att rutinen för loggkontrollen inte efterlevs då för få loggkontroller beställts. Vård och omsorg gör ungefär 15% av de loggkontroller de borde göra och Funktionsstöd 20%. Även om några verksamheter som inte beställt några eller väldigt få loggkontroller tidigare år, har ökat sina beställningar under 2023 så är totalsumman lägre jämfört med förra året då en del beställt färre än tidigare. Något som kan vara en påverkande faktor till det dåliga resultatet är att Örebro kommun idag inte har system som kan leverera färdiga underlag utan kontrollerna kräver att chef går in i flera olika system och manuellt jämför olika data med varandra.

En god säkerhetskultur

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



Samverkan

Förutsättningar för teamsamverkan i det dagliga arbetet för att identifiera och förebygga risker, varierar mellan olika verksamheter och enheter. På vård- och omsorgsboende är legitimerad personal och omsorgspersonal samlokaliserade vilket ger goda förutsättningar för daglig samverkan och handledning. För hemtjänst och hemsjukvård finns organisatoriska hinder med bland annat geografiska avstånd och avsaknad av arbetssätt för daglig samverkan. För externa utförare av

hemtjänst är hindren störst då hemsjukvården är organiserade på ett sätt som inte gynnar kontinuiteten, vilket försvårar samverkan. Dåliga förutsättningar för samverkan motverkar legitimerades möjlighet att ta ansvar för den hälso- och sjukvård som de överlåtit till annan personal att utföra och ökar riskerna för vårdskada. För att kompensera för de svårigheter som finns har Vård och omsorg tagit fram nya rutiner för teamträffar som ska genomföras två till fyra gånger i månaden. Teamträffar är ett bra komplement men tillfredsställer inte behovet av samverkan och handledning i det dagliga arbetet hemma hos patienten.

Hälso- och sjukvårdsforum

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

I forumet Strategi och kvalitet deltar områdeschefer och verksamhetschefer med ansvar för hälso- och sjukvårdsprocessen från både område Vård och omsorg samt Funktionsstöd, verksamhetschef för verksamhetsområde Kvalitet och utveckling, medicinskt ansvariga (MAS och MAR), kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård samt medicinsk strateg.

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

Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför såg regeringen behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet. 2019 tog Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen, fram en nationell handlingsplan "Agera för säker vård" som i sin tur ställde krav på att alla huvudmän skulle ha en lokal långsiktig och uthållig handlingsplan för patientsäkerhet som sträckte sig över 2020–2024. Syftet med den lokala handlingsplanen är att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Under 2023 påbörjade huvudmannen Örebro kommun sitt arbete med att ta fram lokal handlingsplan. Verksamhetschefer, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare, planerare och andra stödfunktioner från område Vård och omsorg samt Funktionsstöd har tillsammans genomfört en nulägesanalys med hjälp av Sveriges kommuner och regioners (SKR) verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. Analysen visar att patientsäkerhet inte är helt integrerat i verksamheten och inte ses som en naturlig del i det dagliga arbetet. Egenkontroller, riskanalyser och hantering av avvikelser upplevs som något som tar tid från verksamheten istället för att vara en grund för att uppnå utveckling och kvalitet. Nulägesanalysen visar att det saknas en övergripande struktur och en röd tråd för kvalitetsarbete.

Bedömning av resultatet av nulägesanalysen har genomförts för att värdera vilka områden som behöver prioriteras. Utifrån de prioriterade områdena kommer en handlingsplan tas fram, vilket är planerat till våren 2024.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Det finns inte tillräckligt med utbildningar och kompetenshöjande insatser för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens om patientsäkerhet/kultur och kvalitetsarbete hos chefer. För chefer finns några utbildningar i kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete. Alla utom en är webbaserade och alla är på en övergripande nivå och beskriver vad som gäller utifrån lagstiftning och föreskrifter. Det saknas utbildning som ger fördjupade kunskaper samt kunskap och verktyg för hur chefer rent praktiskt ska axla ansvaret och konkret gå till väga.

Struktur för utbildning och andra kompetenshöjande insatser för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens behöver utvecklas för alla personalkategorier. Idag baseras kunskapsinhämtning i stor utsträckning på webbaserade utbildningar som personal genomför självständigt utan efterföljande uppföljning och kunskapskontroll. Fler utbildningar behöver innehålla möjligheten att reflektera med andra och öva praktiskt. Introduktionen behöver utvecklas och anpassas utifrån olika professioners behov samt bli mer praktisk och integrerad i inskolningen.

Att möta invånarnas behov av mer komplex vård och omsorg samt framtida befolkningsutveckling med ökad andel äldre är en utmaning. Det är svårt att upprätthålla en stabil bemanning på grund av brist på utbildad personal och hög personalomsättning. Hög omsättning på såväl chefer, omsorgspersonal som legitimerad personal, leder till minskad kontinuitet i verksamheten, både i yrkeskompetens och kunskap om verksamhetens processer. Utbildningsbehovet behöver förutom en allmän kompetensplan grundas på individuella behov där kompetensstyrningsmodellen kan vara ett stöd i att bättre analysera kompetensbehovet.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



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

Samordnad individuell planering (SIP)

Att erbjuda patienten en samordnad individuell planering (SIP) är ett arbetssätt för att göra patienten delaktig i planeringen av vården och omsorgen. När patienten har behov av att samordna sina insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska verksamheten erbjuda en SIP. Detta gäller när patienten befinner sig i hemmet men också i samband med utskrivning från slutenvården. Vid en SIP deltar patient tillsammans med de professioner och funktioner som ansvarar för patientens pågående insatser och behov. Gemensamt upprättas en samordnad individuell plan (SIP) som överlämnas till den enskilde och som beskriver vem som ansvarar för vad. Under 2023 har 52 SIP genomförts i Örebro kommun i samband med utskrivning från

slutenvården. Det är en ökning från året innan då 30 SIP genomfördes. Det saknas uppgifter om hur många SIP som genomförts för patienter där behovet av SIP identifierats i hemmet.

Utredning av vårdskada

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

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

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

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

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

Brukarråd/Anhörigråd

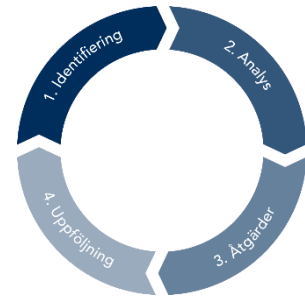
Ungefär hälften av alla vård- och omsorgsboenden har så kallade brukarråd och/eller anhörigråd vilket är ett forum för att inkomma med synpunkter för att påverka lokaler, aktiviteter och annat i verksamheten.

Individuell vård- och omsorgsplanering (IVOP)

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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Beskrivning av strategier, mål, egenkontroller och följemått för året. Utifrån dessa beskrivs resultat inom området, analys av resultatet, vilka åtgärder som genomförts samt uppföljning av genomförda åtgärder.



Åtgärder utifrån målen för 2023

Målen 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 överläten 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 överläten (delegerad och fördelad) hälso- och sjukvård.

Åtgärder, resultat och analys utifrån målen

Långsiktig handlingsplan för patientsäkerhet

Verksamhetschefer, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare, planerare och andra stödfunktioner från område Vård och omsorg samt Funktionsstöd har tillsammans genomfört en nulägesanalys med hjälp av Sveriges kommuner och regioners (SKR) verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. Bedömning av resultatet har genomförts för att värdera vilka områden som behöver prioriteras, behov av åtgärder finns inom följande områden:

- Öka kunskapen om inträffade vårdskador och att använda den strukturerat för att förebygga att liknande händelser sker igen.
- Tillförlitliga och säkra processen för överläten hälso- och sjukvård samt medicintekniska produkter.
- Stärka kunskapen om uppföljning och analys så att resultat används för ett lärande som leder till utveckling.

Underlaget som hittills tagits fram är viktigt i det fortsatta arbetet med patientsäkerhet och för att skapa en patientsäkerhetskultur i verksamheten. Målet att ta fram en långsiktig handlingsplan är inte uppnått vilket gör att arbetet kommer att fortsätta under våren 2024.

Chefers kompetens i hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete

I januari 2023 gick startskottet för den nya grundutbildningen i chefers ansvar för hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbete. Kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård håller i utbildningen som innehåller både teori och workshop. Utbildningen är planerad att erbjudas kontinuerligt för chefer i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller utför överläten hälso- och sjukvård. Totalt har 134 personer deltagit (Vård och omsorg 61 deltagare, Funktionsstöd 67 deltagare, externa utförare 6 deltagare).

Majoriteten av de chefer som deltagit uppger att de genom utbildningen fått ökad kunskap om sitt ansvar för hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Det fåtal som inte upplevde att utbildningen gav dem någon ny kunskap var chefer med lång erfarenhet inom vård och omsorg. Flera av de som deltog uttryckte behov av påbyggnadsutbildning för att få fördjupad kunskap inom områdena hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet. Detta för att fullt ut kunna leva upp till det ansvar som en chef har och vara ett stöd till sina medarbetare i det dagliga arbetet.

Följsamhet till hälso- och sjukvårdsprocessens steg och dokumentation

Utbildningssatsning i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation påbörjades under 2022 och har fortsatt under 2023. Tre olika utbildningar har erbjudits till sjuksköterskor och arbetsterapeuter:

Grundutbildningen i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation

Utbildning för arbetsterapeuter och sjuksköterskor av hälso- och sjukvårdsprocessens olika steg samt hur de ska dokumenteras. Utbildningen hölls vid fyra tillfällen.

Utbildning i vårdåtgärder

Utbildning för arbetsterapeuter och sjuksköterskor i vårdåtgärder och klassifikation av vårdåtgärder. Utbildningen hölls vid fyra tillfällen.

Utbildning rehabiliteringsprocessen och dokumentation

Utbildning för arbetsterapeuter i rehabiliteringsprocessen och hur den ska dokumenteras. Utbildningen hölls vid fyra tillfällen.

Årets utbildningsinsatser är svåra att utvärdera så nära inpå. Det som kan konstateras är att brister kvarstår trots de utbildningsinsatser som genomfördes under 2022 för att höja kompetensen i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation. Ungefär samma brister har identifierats i årets egenkontroller jämfört med tidigare år. Verksamheterna tycker sig se en viss förbättring så även om bristerna kvarstår kan de ha minskat i omfattning.

Säker process för överlåten hälso- och sjukvård

Under våren 2023 genomfördes en workshop om processen för överlåten hälso- och sjukvård. Representanter från både Vård och omsorg och Funktionsstöd deltog i form av omsorgspersonal, driftplanerare, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, enhetschefer och hemrehabsjukgymnaster. Bland annat undersöktes vad som behövs för att uppnå en säkrare process för överlåten hälso- och sjukvård. Resultatet visade att förutsättningarna behöver förbättras för teamsamverkan, arbetsuppgifter behöver differentieras och baspersonalens kompetens behöver höjas när det gäller hälso- och sjukvård, omsorg, omvårdnad och rehabiliterande arbetssätt. Resultatet lämnades över till kärnarbetsgruppen för "Utvecklingsarbete hälso- och sjukvård 2024" där olika arbetsgrupper fått i uppgift att arbeta fram förslag för hur man ska kunna uppnå ovan önskvärda förbättringar. Arbetsgrupperna påbörjade sitt arbete i november och december 2023. Inga åtgärder har ännu genomförts och därmed finns inget resultat att utvärdera. Målet med en säker process för överlåten hälso- och sjukvård kommer att kvarstå även under 2024.

Åtgärder som har genomförts är utbildning för enhetschefer och sjuksköterskor för att implementera den rutin för delegering som funnits sedan 2015 och till vilken följsamheten konstaterats varit svag (se kommunens diarie- och ärendehanteringssystem; Vbn 539/2021). En viss förbättring av delegeringsprocessen kan ses inom vård- och omsorgsboenden. Inom hemtjänst (både egenregi och externa) och hemsjukvård är följsamheten till delegeringsrutinen fortsatt låg vilket innebär risker för patientsäkerheten. Befintligt arbetssätt för delegering av personal hos externa utförare med utsedda sjuksköterskor som inte är patientansvarig och som inte har kännedom om personalen som de delegerar är inte förenligt med kraven för delegering. Arbetssätt för delegeringsprocessen för externa utförare behöver utvärderas.

Egenkontroller och följemått

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.

Egenkontroller

Egenkontroll är en systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll av den egna verksamheten, för att följa att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroll ska utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschef ansvarar för att egenkontroller genomförs och att handlingsplaner upprättas för de brister som identifieras som beskriver brister, åtgärder och resultat. Resultat återkopplas i verksamheten på enhetsnivå och övergripande nivå.

Dokumentation Verksamhet med leg personal	Läkemedel Verksamhet med leg personal	Avvikelseprocessen Gäller alla	Basal hygien Gäller alla som berörs av föreskriften gällande basal hygien	Omvårdnads hjälpmedel
Journalgranskning	Kvalitetsgranskning med apotek	Granska avvikelseprocessen	Vårdhygienisk egenkontroll- Hygienrund	Besiktning av personlyftar
		Antal avvikelser, klagomål och synpunkter	Lätt att göra rätt	Kontroll av vårdsängar, duschbritsar osv

Följemått

Enhetschef ansvarar för att regelbundet följa och analysera aktuella följemått och att handlingsplaner upprättas för de brister som identifieras. Handlingsplanerna ska beskriva identifierade brister, vilka åtgärder som planeras genomföras och resultat av genomförda åtgärder.

MCSS Digital signering alla	Senior alert Hemsjukvård och vårdboende	Palliativa registret Hemsjukvård och vårdboende	BPSD Registret Vårdboende	Kontroll av medicinteknisk utrustning Verksamheter med leg ssk
<ul style="list-style-type: none"> Kontrollräkning personbunden narkotika Ej signerade insatser. Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enheten själv 	Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enheten själv	Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enheten själv	Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enheten själv	Utförd enligt rutin. Resultat på enhetsnivå följs regelbundet under året av enheten själv

Basal hygien

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

För att följa upp området basal hygien ska två egenkontroller genomföras, ”vårdhygienisk egenkontroll” samt ”Lätt att göra rätt” (självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) har varit frivillig att genomföra under 2023.

Andra underlag som verksamheten kan använda i sin analys av följsamhet till basal hygien är genomförda riskanalyser med koppling till basal hygien, avvikelser gällande vårdrelaterade

infektioner, följsamheten till att hygienombud finns utsedd samt att ansvarsförbindelse om basal hygien och klädregler är påskrivna av den personal som deltar i direkt vård- eller omsorgsarbete.

Identifiering

Nästan 50% av alla verksamheter har inte genomfört den årliga ”vårdhygieniska egenkontrollen” vilket är en brist då den är obligatorisk. Så gott som alla har genomfört egenkontrollen ”Lätt att göra rätt” vilket är positivt. Ett fåtal verksamheter har utfört PPM-BHK.

Brister som framkommit i de egenkontroller som genomförts är brister i handhygien, långa lösnaglar, klockor och smycken samt att personal inte sätter upp håret. Skyddsutrustning används ibland på felaktigt sätt på grund av osäkerhet, kunskapsbrist, högt arbetstempo, otillräcklig planering i tillgång till skyddsutrustning samt följsamhet till riktlinjer. Arbetskläder används inte alltid trots att det finns tillgång samt att viss personal röker i sina arbetskläder. Bristerna är mest tydliga bland nyanställd personal samt vikarier. Det saknas aktiva hygienombud i verksamheterna. Om vårdrelaterade infektioner minskat eller ökat finns inte redovisat. Chefer har i regel gett personalen förutsättningar att ta del av Socialstyrelsens webbutbildning gällande basal hygien och klädriktlinjer samt att ansvarsförbindelse skrivs på för att säkerställa att personal tagit del av och förstått utbildningens innehåll samt riktlinjer för basal hygien.

Analys

Cheferna har inte följsamhet till riktlinjen för det vårdhygieniska arbetet då de inte genomför den vårdhygieniska egenkontroll som är obligatorisk. Flera verksamheter baserar sina brister utifrån egenkontrollen "Lätt att göra rätt. Det gör att underlaget för att identifiera brister och arbeta med riktade åtgärder för att förbättra kvalitén vad gäller basal hygien inte blir heltäckande för området utan har ett fokus på arbetskläder, handhygien, skyddsutrustning och städning men där områden som kompetens, rutiner och tillgång till spetskompetens inte kommer med. Planering och genomförande av vårdhygienisk egenkontroll enligt rutin behöver fortsätta i verksamheter som bedriver patientnära vård.

Åtgärder

Åtgärder som har vidtagits för att komma till rätta med identifierade bristerna är att införa ämnet vårdhygien som stående punkt på arbetsplatsträffar för kontinuerlig diskussion, uppföljning av resultat samt utbildning av personal. Även enskilda samtal förekommer. Vissa verksamheter har under året infört hygienombud eller fortsatt att stärka rollen som stöd i arbetet. Kunskap om vårdhygien har införts i introduktionen för nyanställda och verksamheterna har på olika sätt gett personalen förutsättningar att genomgå Socialstyrelsens webbaserade utbildning. Flera har infört hygienombud under året vilket är en förbättring från föregående år, men fortsatt har inte alla verksamheter som bedriver patientnära vård denna roll.

Uppföljning av åtgärd

Många verksamheter följer upp och återkopplar åtgärder och resultat på arbetsplatsträffar samt genom självskattningen ”Lätt att göra rätt” Här kan även kunskap och lärande spridas samt i dialog utifrån patientsäkerhet. Där hygienombud finns ser verksamheten det som en framgångsfaktor för det vårdhygieniska arbetet och det blir tydligt att brister minskar där det finns närvarande och engagerade hygienombud.

Dokumentation

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

verksamheten.

Identifiering

Samtliga enheter har genomfört journalgranskning utifrån egenkontrollen för dokumentation vilket är positivt. Analys av genomförda egenkontroller visar att det saknas eller brister i dokumentation när det gäller

- hantering av vårdbegäran
- bedömning av hur patientens aktivitets- och funktionstillstånd
- utredande vårdplan
- riskbedömning av planerade åtgärder
- uppföljning av ordinerade åtgärder
- beskrivning av ordination (vad som ska göras, när, hur och vem/vilken kompetens)
- måluppfyllelse och resultat av ordinerade åtgärder
- dokumentation i vårdplan av omsorgspersonal
- avslut av inaktuella vårdplaner
- patientens delaktighet i vården.

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

Analys

Legitimerad personal upplever att det många gånger är svårt att förstå vad som ska dokumenteras var och hur i nuvarande journalsystem. För att ge stöd finns frastexter, det vill säga förslag på innehåll och formuleringar, som den legitimerade kan använda vid dokumentationen. Dock kan verksamheten se att de sällan används. I övrigt ger nuvarande journalsystem dåligt stöd för att leda användaren rätt. Förutom att det upplevs svårt att dokumentera resulterar det i att det är svårt att inhämta information från journalen, vilket är en patientsäkerhetsrisk om till exempel informationen behövs för att ta rätt beslut om en behandling. Dokumentationen och hanteringen av journalsystem i kombination med alla andra verksamhetssystem som behöver användas utifrån hälso- och sjukvårdsprocessen, upplevs tidskrävande och blir ett stressmoment i det dagliga arbetet. Ovan beskrivna svårigheter kan vara en bidragande orsak till att bristerna i dokumentation kvarstår trots många utbildningsinsatser.

Språket i dokumentationen är ibland svårbegripligt, vilket också kan vara en patientsäkerhetsrisk om den som läser inte kan följa patientens vård eller inte förstår vad som står. Det gör även att journalen blir svårtillgänglig för patienten i de fall den vill ta del av sin journal.

Det finns en skillnad i legitimerad personals följsamhet till dokumentationsprocessen där sjuksköterskor har sämre följsamhet. Orsaken tros vara stor omsättning på sjuksköterskor vilket gör att det är svårt att upprätthålla kompetens i verksamheten.

När det gäller omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation vid överlåten hälso- och sjukvård finns det fortsatt stora brister. Den dokumentation som legitimerad personal efterfrågat av omsorgspersonal vid överlåten hälso- och sjukvård saknas i stor utsträckning. Detta gäller både inom område Vård och omsorg och Funktionsstöd och alla utförare oavsett om de tillhör egenregi eller privat utförare. En bidragande orsak är att det idag finns påtagliga brister i språkkunskaper hos omvårdnadspersonalen. Att inte förstå vad som sägs eller förmedlas i skrift är en patientsäkerhetsrisk då ordinerade åtgärder riskerar att utföras felaktigt. Även otydligt skrivna ordinationer från legitimerad personal resulterar i en risk för felbehandling.

Åtgärder

Verksamheterna uppger att de arbetar aktivt på enhetsnivå med kompetensutveckling och handledning. På olika forum har hälso- och sjukvårdsdokumentation införts som en

återkommande punkt på dagordningen för diskussion, uppföljning samt utbildning av personal. Hemsjukvården och Hälso- och sjukvårdsenheten har tillsammans med utförare tagit fram nya rutiner för teamträff där legitimerad personal nu har möjlighet att säkerställa att patientens behov av hälso- och sjukvård är identifierad, att informationen har nått utföraren via exempelvis vårdplaner och att de är fördelade korrekt. I samarbetet med externa utförare av hemtjänst finns inget sådant teamträffsarbete upparbetat. Försök har gjorts under året att uppmana utförarna att ta kontakt och bjuda in till teamträffar, dock utan tillfredsställande resultat.

Obligatoriska halvdagsutbildningar för legitimerad personal påbörjades under 2022 och har fortsatt under 2023. Utbildningen har under senaste året erbjudits legitimerad personal som hittills inte gått, alla nyanställda och de som känt behov av mer stöd. Arbetsterapeuter har utöver detta erbjudits en fördjupad utbildning utifrån deras professions specifika frågeställningar.

Fler enheter som saknat handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation har utsett det under året.

Några verksamheter inom vård och omsorgsboende beskriver att de använder sina handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation mer strukturerat än tidigare för att skapa lärande på enheten och öka kvalitén på introduktionen för nyanställda. Vissa enheter har skapat nytt forum för hälso- och sjukvårdsfrågor och vissa har genomfört workshop för att internutbilda kollegor.

Några enheter med medarbetare med specifika uppdrag har fått stöd av medicinskt ansvariga i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation. Syftet har varit att förbättra och anpassa medarbetarnas dokumentation efter deras uppdrag och för att få ett likvärdigt arbetssätt inom verksamheten.

Ny rutin finns framtagen för omvårdnadspersonalens dokumentation. Utsedda handledare i social dokumentation har i början av året fått i uppdrag att implementera rutinen och arbetssätt i verksamheterna.

Under 2023 har lärare i ”svenska som andraspråk” gett stöd i svenska språket för de elever som inom ramen för Äldreomsorgslyftet går utbildning för att bli vårdbiträde. För att bli vårdbiträde samt få behörighet till att utbilda sig till undersköterska, krävs att eleven blir godkänd i gymnasiesvenska kurs 1. Stödet påbörjades hösten 2022 och kommer att finnas kvar till och med 2024.

Våren 2023 påbörjades utbildning för redan tillsvidareanställda medarbetare med undersköterskekompetens som hade behov av ytterligare utbildning i svenska. Hittills har 43 personer deltagit i den särskilda satsningen där medarbetarna studerar svenska på Komvux en dag i veckan. Under 2024 kommer utbildningen att vidareutvecklas genom att göra den mer tillgänglig på enheten eftersom verksamheten har haft begränsade möjligheter att frigöra medarbetare i den utsträckning som behövts.

Nytt journalsystem är upphandlat. Under 2024 kommer systemet att byggas upp och konstrueras utifrån verksamhetens önskemål och behov. Målet är att skapa en tydlig struktur som ger ett bra stöd för de som ska använda systemet. Vid upphandlingen har ska-krav och bör-krav ställts utifrån de problemområden och brister som identifierats i det gamla systemet. Detta för att skapa bättre förutsättningar och åtgärda de problem som funnits. Det nya journalsystemet planeras att tas i bruk vid årsskiftet 2024–2025.

Uppföljning av åtgärd

Trots flertalet åtgärder för att höja kompetensen i hälso- och sjukvårdsprocessen och dokumentation finns fortsatt brister i följsamheten till lagar, föreskrifter och rutiner för dokumentation. Ungefär samma brister har identifierats i årets egenkontroller jämfört med tidigare år. Verksamheterna tycker sig se en viss förbättring så även om bristerna kvarstår kan de ha minskat i omfattning.

Trots att flera nya handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation utsetts har antalet totalt sett inte ökat och det saknas fortfarande handledare på vissa enheter. Detta beror på att lika många eller fler än de nya som tillkommit har slutat.

Att bristerna kvarstår när det gäller omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation vid överlåten hälso- och sjukvård visar att implementering av ny rutin om omvårdnadspersonalens ansvar i hälso- och sjukvårdsdokumentation som pågått sedan januari 2023, hittills inte gett önskad effekt.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering omfattar ordination, rekvisition, förvaring, expediering, iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel. I processen ingår även att följa upp läkemedelsbehandlingen, läkemedlets effekt och hur patienten mår av sin behandling. Sjuksköterska är huvudansvarig för processen men arbetsuppgiften att lämna över läkemedel till patient, det vill säga att ge patienter stöd i att ta sina läkemedel, utförs till största del av delegerad omsorgspersonal. Läkemedel och läkemedelshantering är ett riskområde som kan resultera i vårdskada eller risk för vårdskada vid felaktig behandling och därmed är uppföljning viktig.

Signering läkemedelsbehandling

Signering av en utförd läkemedelsbehandling ingår i kravet på dokumentation av en patients vård och behandling. För digital signering används systemet MCSS. Vid signering framgår vilken åtgärd som signeringen gäller, tidpunkt då åtgärden utförts eller skulle ha utförts samt vem som utfört den.

Utdata i MCSS möjliggör uppföljning och kontroll av utförd/ej utförd behandling vilket är en del av individuppföljning av en patients vård samt en del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Chefer och sjuksköterskor har tillgång till aviseringar (larm) och statistik för att dagligen och över tid följa resultat av utförda/ej utförda eller för sent utförda läkemedelsbehandlingar. När sjuksköterska kontrollerat varför en läkemedelsbehandling inte har signerats och vidtagit åtgärder ska sjuksköterska kvittera larmet. Egenkontroll för uppföljning av den utdata som genereras i MCSS med aviseringar om brister i delar av processen läkemedelshantering utförs av samtliga enheter som har legitimerad personal eller delegerad omsorgspersonal.

Identifiering

I december månad fanns 480 700 läkemedelsbehandlingar att utföra och signera. Av dessa är 96 % signerade, varav 86 % inom angivet tidsspann.

Eftersom antalet läkemedelsbehandlingar per månad är omfattande innebär detta trots den goda följsamheten att 17 500 läkemedelsbehandlingar inte var signerade under december månad. Av dem har 13 300 hanterats och kvitterats av sjuksköterska. Resterande 4 200 larm är inte hanterade. För dessa är det oklart om åtgärder vidtagits och om patienten fått sina läkemedel eller inte.

Analys

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

För de patienter där personal missat att ge ordinerat läkemedel är det viktigt att sjuksköterska agerar för att motverka vårdskada. Därmed är uppföljningen av signerad läkemedelshantering viktig. Statistiken i MCSS visar att 4200 larm under en månad inte är kontrollerade. Det finns flera

faktorer som försvårar möjligheten att följa upp. Bristande kontinuitet är en återkommande bidragande orsak och gör uppföljning problematisk. När sjuksköterska ser ett larm om ej signerad behandling ska kontakt tas med utföraren. Det är framför allt svårt när sjuksköterskor och delegerad omsorgspersonal inte är samlokaliserade. Att ringa eller skriva meddelanden upplevs tidskrävande och ineffektivt.

För sjuksköterska med patienter med många olika utförare (externa och egenregi) blir uppföljning näst intill omöjligt likvärd som det blir det för externa utförare som behöver ha kontakt med många olika ansvariga sjuksköterskor för sina patienter. Det är svårt att tillsammans bygga upp ett gott samarbete.

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

Åtgärder och uppföljning av åtgärd

En ökad medvetenhet och en ökad aktivitet med flera vidtagna och pågående åtgärder för att öka och förbättra samverkan kring uppföljning av delegerad läkemedelshantering, kan ses i verksamheterna. Utmaningarna är många och handlar bland annat om brist på kunskap om systemet för digital signering, bristande kunskap om ansvar och befogenheter, bristande förutsättningar för dialog, stor personalomsättning och för få personal med delegering.

Utveckling av arbetssätt med återkommande uppföljningar och samverkan i teamet lyfts som framgångsfaktorer. När enhetschef och sjuksköterska följer upp och återkopplar till omsorgspersonalen minskar antal larm. Verksamheten ser att personalkontinuiteten påverkar resultatet av uppföljningen. En framgångsfaktor som beskrivs är att enhetschef är inne i systemet ofta för att få överblick hur det ser ut med statistik och larm. En annan är när sjuksköterskor har möjlighet till avstämningar med baspersonal i nära anslutning till händelsen samt ett nära samarbete mellan sjuksköterskor och driftplanerarna i hemtjänsten. Flera enheter har utarbetat nya rutiner för hur sjuksköterska och enhet/grupp ska samarbeta.

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

Narkotiska läkemedel

Vid övertaget ansvar för en persons läkemedel ansvarar vården för att ha kontroll på narkotiska läkemedel. Kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel ska signeras (dokumenteras) minst en gång i månaden i MCSS av sjuksköterska. När läkemedel saknas vid kontrollräkning ska avvikelser skrivas och händelsen ska utredas. I MCSS visas aviseringar vid för sent utförd kontrollräkning. Det finns två olika egenkontroller för uppföljning av kontrollräkning av narkotiska läkemedel, dels egenkontroll för narkotiska läkemedel i akutbuffertförråden dels egenkontroll för personbunden narkotika koppad till flödet i MCSS.

Identifiering

Avisering av ej genomförd kontrollräkning av personbundna narkotiska läkemedel visar att bristen är bestående och långvariga. Det görs inte regelbundet och ibland inte alls.

Under 2023 har 981 avvikelser om att läkemedel saknas vid kontrollräkning inrapporterats. Det är en ökning från föregående år. Oklart om det beror på att fler avvikelser har skrivits eller att fler avvikelser har skett.

Analys

Verksamheten brister när det gäller kontroll av narkotiska läkemedel. Det är allvarligt då det förekommer stölder av narkotiska läkemedel i våra verksamheter. För att stölder ska kunna utredas och förhindras är det angeläget att kontrollräkning av narkotiska läkemedel genomförs. Behov som identifierats som en förutsättning för att öka kontrollen av narkotiska läkemedel är

narkotikaförvaring i läkemedelsrum och läkemedelsskåp som är loggningsbara. Det möjliggör kontroll av vem som öppnat läkemedelsskåpet och vid vilken tidpunkt.

Åtgärder och uppföljning av åtgärder

Flera åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med bristande följsamhet vad gäller hantering av kontrollräkning av personbunden narkotika. Några exempel är utbildningar, påminnelser, framtagande av manualer för hantering i MCSS, platsbesök av objektspecialist. Trots det finns bristerna kvar. Identifierade orsaker till det är bland annat sjuksköterskors och chefers bristande kunskap om hantering och uppföljning i MCSS som i sin tur beror på stor omsättning av sjuksköterskor, chefer och stödfunktionen läkemedelssamordnare.

Extern kvalitetsgranskning läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av samtliga akutbuffertläkemedels förråd och läkemedelshantering har utförts under våren av Apoteket AB enligt upphandlat avtal och enligt förskrift ”Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården” (HSLF-FS 2017:37, 4 kap. 3 §). I granskningen ingick i år en enkät med frågor om delegeringsprocessen till sjuksköterskor. Resultatet diskuterades på gemensamma kvalitetsmöten som hölls i anslutning till granskningarna. Varje enhet som granskats får en rapport där bristerna presenteras. Rapporten blir underlag för förbättringsarbete som planeras av verksamheten (se kommunens diarie- och ärendehanteringssystem; Voo 1120/2023).

Identifiering

Identifierade brister är kontroll och städning av läkemedelsrum där brist i kontroll av temperatur i läkemedelskylskåp varit mest förekommande. Apotekaren har gjort stickprovskontroller i kontrollräkningen av narkotika i alla läkemedelsförråd och inte funnit någon brist. Däremot fanns brister i dokumentation med otydlig namnteckning och avsaknad av datum i förbrukningsjournalen. Av de 981 rapporterade avvikelserna om narkotika saknas vid kontrollräkning berör 46 akutbuffertförrådets narkotika.

Medicintekniska produkter

Vårdgivaren ansvarar för att de medicintekniska produkter som köps in är säkra och funktionsdugliga. Det görs genom att produkterna kontrolleras genom exempelvis besiktning och kalibrering. Det ska göras på det sätt och med det intervall som leverantören föreskriver. Örebro kommun köper in olika typer av medicintekniska produkter; omvårdnadshjälpmedel, undersökningsutrustning och hjälpmedel som är grundutrustning. En del köps in och hanteras av enheten för omvårdnadshjälpmedel och en del köps in av verksamheterna själva.

För de medicintekniska produkter som köps in av verksamheterna själva, ansvarar enhetschef för att ha rutiner som säkerställer att kontroll blir genomförd. För dessa produkter finns ingen egenkontroll för att granska följsamheten till kraven på kontroll. Det saknas även arbetssätt för hur de ska registreras vilket gör att vårdgivaren inte har kännedom om vilka produkter som finns ute i verksamheterna och var.

Omvårdnadshjälpmedel som Enheten för omvårdnadshjälpmedel ansvarar för kontrolleras av utbildad tekniker inom fastställda intervaller. Egenkontroll för att granska följsamhet till kraven på kontroll finns och kontrollerar

- besiktning av mobila personlyftar och taklyftsmotorer (frekvens: varje år)
- besiktning av vårdsängar (frekvens: vartannat år)
- besiktning av duschvagnar (frekvens: varje år).

Nedan presenteras resultat samt åtgärder utifrån egenkontrollen för omvårdnadshjälpmedel.

Identifiering

- 1087 av 1177 mobila personlyftar och taklyftsmotorer har besiktigats under året.
- 759 av 2333 vård-sängar har besiktigats och servats under året.
- 40 av 73 duschvagnar har besiktigats under året.

Analys

95% av alla personlyftar och taklyftsmotorer har besiktigats under året. Det ligger på samma höga nivå som förra året då 97% av alla lyftar besiktigades.

Besiktning av vård-säng ska ske vartannat år vilket innebär att målvärdet är 100% under en tvåårsperiod. I år har fokus legat på vård-sängar i ordinärt boende vilket tar längre tid att besiktiga än på vård- och omsorgsboende där alla sängar finns samlade. 33% av alla vård-sängar har besiktigats och servats under 2023. Under 2022 besiktigades 45% av alla sängar. Det innebär att 78% av alla sängar har besiktigats under en tvåårsperiod vilket indikerar att målvärdet inte är uppnått. Även om fokus under 2024 ligger på vård-sängar på vård- och omsorgsboende som tar mindre tid att genomföra så ställer det krav på en god planering av Enheten för omvårdnadshjälpmedel för att hinna besiktiga de resterande 67% som ska kontrolleras.

Vid genomförd besiktning har enheten bedömt att nästan en fjärdedel av alla vård-sängar på vård- och omsorgsboende är över 20 år och behöver bytas ut mot nya.

Även om måluppfyllelsen för besiktning av duschvagnar bara ligger på drygt 50% är detta en förbättring i jämförelse med 2022 då enbart 34% blev besiktigade.

Besiktningen sker kontinuerligt under året och enheten har tack vare nya verksamhetssystem bättre kontroll på de medicintekniska produkter de ansvarar för. Det har också möjliggjort en bättre samordning och planering av uppdraget med besiktningar. Trots bra planering är det svårt att uppnå 100% på grund av att de inte alltid kommer in till de produkter som ska besiktigas. Detta på grund av exempelvis sjukdom eller att personer inte är hemma trots att tid är bokad. Det finns också ett fåtal produkter där verksamheten inte vet var de befinner sig vilket gör att besiktning uteblir.

Vård-givaren brister i följsamhet till hantering och kontroll av samtliga medicintekniska produkter som köps in. Vård-givaren har inte processer och rutiner som säkerställer en säker hantering av undersökningsutrustning och hjälpmedel som köps in som grundutrustning direkt av verksamheten. Detta är ett område som behöver utvecklas.

Åtgärder

Alla besiktningar görs sedan i år ute på plats enligt en fastställd planering. Tidigare genomfördes de på enheten när den medicintekniska produkten kom i retur.

Teknikerna har börjat med nytt arbetssätt i ordinärt boende. Vid en planerad besiktning besiktas de alla omvårdnadshjälpmedel som finns i hemmet även om det inte ligger i fas med intervallet för kontroll. Det sparar in tid då antalet hembesök kan minimeras.

När produkterna lämnas tillbaka till enheten genomgår de rekonditionering i form av rengöring och att produkten är funktionsduglig. För att ytterligare kvalitetssäkra produkterna innan de levereras ut igen genomförs sedan i år även besiktning trots att det inte ligger i fas med intervallet. Även det effektiviserar kontrollen och gör att antalet hembesök kan minskas.

Enheten köper regelbundet in nya sängar för att trygga behovet framåt och nya inköp har genomförts även under 2023.

Uppföljning av åtgärd

Införandet av digitala verksamhetssystem som skedde 2019 och 2022 har kvalitetssäkrat processen för lagerhållning, förskrivning, besiktning och uppföljning. Verksamhetssystemen hjälper

verksamheten att ha en överblick över genomförda och planerade besiktningar samt att all dokumentation kring produkten finns sparad. Under 2023 har verksamheten utvecklat användandet av verksamhetssystemen vilket gett utökade möjligheter till verksamhetsuppföljning med tillgång till rapporter, statistik och analyser.

Demensvård med stöd av BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Att använda BPSD-registret är viktigt för att förebygga, bemöta och behandla beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Syftet med registret är att minska lidande och öka livskvalitet för personen med demenssjukdom. Registret gör det också möjligt för verksamheten att utvärdera sina resultat och säkerställa att man arbetar utifrån gällande nationella och kommunala riktlinjer och rutiner. 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 och 2021 blev det obligatoriskt.

Identifiering

Statistik från BPSD-registret:

- Av 73 avdelningar på vård- och omsorgsboende med demensinriktning har 79% (58 avdelningar) använt registret under 2023. Det är en ökning från 2022 då det var 56 %.
- Av 978 individer som under 2023 bott på vårdboenden med demensinriktning har 25% (249 personer) fått en BPSD-bedömning. Det är en ökning sedan 2022 när andelen låg på 17%.
- Så gott som alla BPSD-bedömningar som görs utförs av ett multiprofessionellt team. Förra året låg resultatet på samma höga nivåer.

För nyanställda och vikarier finns ett identifierat glapp i kompetensutveckling mellan den introduktionsutbildning i kognitiv svikt och demenssjukdom (Demens ABC) som genomförs vid nyanställning och nästa nivå som är Stjärnmärkt. För detta har verksamheten identifierat ett behov av någon form av kompetensinsats för att öka kvalitén.

Analys

Det finns sedan flera år tillbaka en tydlig kompetensplan inom området för kognitiv svikt och demenssjukdom som grundar sig på Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell för Stjärnmärkt. Verksamhets- och enhetschefer har aktivt valt en långsiktig plan för kompetenshöjande insatser som ger en bred kompetens om kognitiv svikt och demenssjukdom. Insatserna tar lite längre tid att genomföra och se effekter av, men skapar goda förutsättningar för såväl chefer som medarbetare att tillhandahålla en god, säker och personcentrerad vård och omsorg i stället för snabba åtgärder med fokus på att öka registreringen i BPSD-registret. Det är först i år som vi ser en positiv ökning, både på antalet genomförda bedömningar och antalet avdelningar som använder registret. Även om siffrorna fortfarande ligger långt ifrån målvärdet på 100% så är det en positiv utveckling.

Åtgärder

Verksamhets- och enhetschefer har under året fortsatt att arbeta för att utöka antalet Stjärnmärkta vård- och omsorgsboenden. 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 diplomaten Stjärnmärkt, en utmärkelse som omprövas varje år. Antalet stjärnmärkta boenden har ökat från ett till tre under 2023 vilket är positivt. På flera boendet pågår arbete för att bli Stjärnmärkt.

Stjärnmärkta avdelningar

Elgströmska huset	3A
Backagården	3,4 och 5
Klosterbacken	3-4 och 7-8
Lindhultsgården	Ängen, Svalan och Linden

Avdelningar som går/gått utbildning men ännu inte är Stjärnmärkta

Rostahemmet	B1, B2, C1, C2 och E1
Adrianska huset	1,2,3,4,5 och 6
Berggården	1,2
Karlslundsgården	2A
Ölmbrogården	2 våningar
Elgströmska	1,2 och 4

Under året har fyra utbildningar för BPSD-administratörer genomförts och sammantaget har 53 personer deltagit. Verksamheterna har också påbörjat rekrytering av specialistundersköterska demens som på sikt kommer bidra till kvalitetsutveckling i verksamheten, i dagsläget är de 12 till antalet.

Kompetenshöjande insatser för att stärka en personcentrerad vård på vård- och omsorgsboende påbörjades 2022 och har fortsatt under 2023. Under 2022 låg fokus på kunskap i att leda personcentrerad vård- och omsorg. Under hösten 2022 och våren 2023 har workshops erbjudits det multiprofessionella teamet på vård- och omsorgsboende (enhetschef, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjuksköterska). De har handlat om arbetssätt för skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder för att minska användandet och arbeta för en nollvision. Inför 2024 planeras kompetensinsatser i hur miljön kan anpassas och användas så att den möjliggör i stället för att hindra.

Utifrån den fortsatt låga andelen patienter som fått en BPSD-bedömning har Kognitiva stödteamet fått i uppdrag att göra en riktad satsning på kompetenshöjande aktiviteter och stöd för att implementera arbetssättet utifrån BPSD-registret på vård- och omsorgsboende. Verksamhetscheferna har valt ut sex boenden där aktiviteter påbörjats under 2023. Det handlar bland annat om repetitionsutbildning för BPSD-administratörer, workshops för administratörer och enhetschefer om den obligatorisk handlingsplanen för BPSD-arbetet samt reflekterande samtal och fokusutbildning i arbetssättet utifrån BPSD-registret.

Utifrån kunskapsglappet för nyanställda och vikarier har reflektionsträffar erbjudits under 2023. Tyvärr anmäldes inga deltagare då verksamheten haft svårt att undvara personal på grund av låg bemanning. I stället finns planer på riktade kompetensinsatser som ska genomföras på arbetsplatsen under nästa år.

Uppföljning av åtgärd

För att kunna utvärdera den riktade satsningen för att öka antalet BPSD-bedömningar har verksamheterna rekommenderats att använda utvärderingsskalan P-CAT från Svenskt Demenscentrum där personalen skattar hur personcentrerat de arbetar samt genomföra en journalgranskning av dokumentationen utifrån BPSD-registrets formulär. Utvärdering har ännu inte genomförts.

Olika enheter har kommit olika långt i arbetet med att bli Stjärnmärkt men samtliga boenden har nu en plan för arbetet vilket är positivt. På de enheter där man kommit längre ses goda effekter i kvalitén som exempelvis minskad användning av lugnande läkemedel och minskat antal fall.

Palliativ vård utifrån Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister där dödsfall registreras för de patienter som är inskrivna i palliativ vård i syfte att förbättra vården i livets slutskede. I registret anges Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer med målvärden som verksamhet ska uppnå. Närstående ges möjlighet att återkoppla hur den palliativa vården fungerat genom att besvara enkät i registret.

Identifiering

Enligt SPR ska minst 70% av alla palliativa patienters dödsfall vara registrerade i registret för att underlaget ska kunna användas för analys och förbättringsarbete. Statistik från verksamhetssystem visar att totalt 863 dödsfall inträffat där patienten varit inskriven i palliativ vård. Av dessa har 72% registrerats i SPR. Örebro kommun har som mål att uppnå 100%.

Kvalitetsindikator	Målvärde %	Resultat% 2022	Resultat% 2023
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	83,0	82,8
Ordination injektion smärtlindring	98	97,5	99,0
Ordination injektion ångestdämpande	98	97,0	99,3
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100	79,5	81,6
Dokumenterad munhälsobedömning	90	64,8	63,1
Avliden utan trycksår	90	85,5	84,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	94,1	92,9
Antal väntade dödsfall		440	407

Analys

Verksamheterna har följsamhet till målvärdet för kvalitetsindikatorerna för ordination smärtlindring, ordination ångestdämpande samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket, vilket är en förbättring från föregående år då målvärdet bara uppfylldes för en kvalitetsindikator. Övriga kvalitetsindikatorer ligger kvar på ungefär samma nivåer som året innan och når inte upp till de nationella målvärdena. Kvalitetsindikatorn ”Dokumenterat brytpunktssamtal” styrs av vårdcentralsläkarens följsamhet till gällande riktlinjer och kan endast påverkas indirekt av kommunen.

Antalet registrerade dödsfall i SPR har ökat med 6% i jämförelse med föregående år. Ökningen tros vara ett resultat av att Palliativa vårdsamordnare under året utbildat och informerat sjuksköterskor om syfte och arbetssätt gällande registret. Trots ökningen ligger verksamheterna långt ifrån målvärdet 100% då enbart 72% av alla dödsfall registreras.

Åtgärder

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

Det pågår revidering av den länsövergripande riktlinjen som bland annat beskriver läkarens ansvar för brytpunktssamtal. I detta arbete finns möjlighet att i samverkan mellan region och kommun arbeta för att följsamheten till denna indikator ska öka så att fler brytpunktssamtal genomförs. Revideringen beräknas vara klar under 2024.

Under 2023 har ett arbete påbörjats med att ge närstående möjlighet att utvärdera den palliativa vården. Under året har 120 närstående fått möjligheten att återkoppla vad som fungerat bra och vad som kan förbättras i den palliativa vården via enkät i SPR. 53% av de närstående svarade på enkäten. Under 2024 kommer resultatet att skickas ut till enheterna för analys och åtgärder på enhetsnivå. Även en övergripande analys av resultatet kommer att genomföras av de palliativa vårdsmordnarna under 2024.

Uppföljning av åtgärder

De palliativa vårdsmordnarna följer kommunens resultat kvartalsvis i Svenska palliativregistret. Det är ett sätt att följa upp de utbildningsinsatser som genomförs för att se om de haft effekt. De palliativa vårdsmordnarna sammanställer även alla verksamheters resultat och skickar ut till respektive ansvarig chef. Chef ansvarar för att analysera resultatet och arbeta med förbättringsarbeten för de indikatorer som inte uppnår målvärdet på enhetsnivå.

Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert

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

Personer som är 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser ska erbjudas en riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningen ska upprepas minst en gång per år i syfte att identifiera nya risker.

Kvalitetsregistret Senior alert ska användas som stöd i det förebyggande arbetet utifrån riktlinjen ”Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior alert”.

Egenkontroll för att följa upp och kvalitetssäkra det förebyggande arbetet med stöd av registret finns i riktlinjen Vårdprevention. Resultat i Senior alert ska följas regelbundet på enhetsnivå under året.

Identifiering

Antal riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret

(Vobo = vård och omsorgsboende och HSV = hemsjukvården)

Vobo* År	Antal personer riskbedömda för trycksår, fall, undernäring	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal Blåsdysfunktions- bedömningar
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
2023	1290	85%	138	507	1401	864

*inklusive externa vårdgivare

HSV År	Antal personer riskbedömda för trycksår, fall, undernäring	Andel med minst en risk	Antal med trycksår	Antal personer med BMI <22	Antal munbedömningar	Antal Blåsdysfunktions- bedömningar
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
2023	113	78%	23	49	92	5

Enligt rapporterade egenkontroller i kvalitetsledningssystemet QPR har 20 av 25 vård- och omsorgsboenden genomfört egenkontroll av följsamhet till processen i Senior alert. Inga enheter inom hemsjukvården har genomfört egenkontrollen.

- Vård och omsorgsboende – Av de 1869 personer som under 2023 bott på vård- och omsorgsboende (ej korttidsplats) och borde ha riskbedömts, har 68% en registrerad riskbedömning för fall, undernäring och trycksår.
- Hemsjukvården – Av de 1389 personer som under 2023 hade både hemtjänst och hemsjukvård har 12 % en registrerad riskbedömning för fall, undernäring och trycksår.
- Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) med patienter inom område Funktionsstöd har under 2023 och tidigare år, registrerat mellan noll och fyra riskbedömningar för de ca 100 patienter som är 65 år och äldre.

Analys

- Vård och omsorgsboende – antal patienter som är riskbedömda för fall, undernäring och trycksår är i stort sett oförändrat sedan 2018 och fram till idag.
- Hemsjukvården – antal registrerade riskbedömningar är fortsatt mycket lågt i förhållande till antal personer med hemtjänst och hemsjukvård.
- Blåsdysfunktion – är som tidigare det som riskbedöms minst av de fem områdena. På vård och omsorgsboende har antalet bedömningar dock ökat med nästan 300st jämfört med året innan och femdubblats sedan 2018.
- Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) – är den verksamhet med sämst följsamhet till riktlinjen för Vårdprevention.

Verksamheterna har svårigheter med att använda kvalitetsregister som en integrerad del i vården och omsorgen. I stället för att använda registret som ett stöd i det förebyggande arbetet ses det som en administrativ uppgift som tar tid från annat.

Det finns även brister i arbetssätt med kopplingen mellan risker och avvikelser. Det ska finnas rapporterad trycksårsavvikelse om det finns ett identifierat trycksår och det ska finnas rapporterad avvikelse för ofrivillig viktnedgång för patient där undernäring identifierats. Dessa siffror stämmer i dagsläget inte överens med varandra.

Sjuksköterskor uttrycker att det är särskilt svårt att riskbedöma områdena blåsdysfunktion och munohälsa med stöd av Senior alert. Dessa bedömningsinstrument är utformade på ett annat sätt än övriga och upplevelsen är att de är svåra att använda.

En annan påverkande faktor för hemsjukvården är att de i dagsläget inte har organisatoriska förutsättningar för ett tvärprofessionellt samarbete med hemtjänsten, som det vårdpreventiva arbetet kräver. Samverkan med många olika hemtjänstutförare är komplext och kräver mycket tid.

Åtgärder och uppföljning

På de vård- och omsorgsboende som fått brister identifierade vid kvalitetsuppföljningar har åtgärder genomförts för att säkerställa att vårdpreventiva bedömningar och åtgärder genomförs inom samtliga områden (fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion). Området blåsdysfunktion är det område där minst riskbedömningar genomförts. Åtgärder som kompetensutveckling för sjuksköterskor i riskbedömning av blåsdysfunktion är den vanligaste åtgärden. De senaste åren har antalet riskbedömningar ökat markant vilket är positivt.

Nytt journalsystem är upphandlat. Vid upphandlingen har kommunen framfört bör-krav om att journalsystemet ska kunna integreras med de kvalitetsregister som används. Detta för att kunna minska mängden administration genom att information om bedömningar går över med automatik från journalsystem till kvalitetsregister. Det nya journalsystemet planeras att tas i bruk vid årsskiftet 2024/2025.

Kvalitetsuppföljning av Enheten för uppföljning

Under året har kvalitetsuppföljningar genomförts på 13 av Örebro kommuns vård- och omsorgsboenden.

Identifiering

- Ledningssystem för kvalitet - låg följsamhet till avvikelseprocessens steg och att kravställda rutiner saknas.
- Skyddsåtgärder - dokumentation om insatta skyddsåtgärder finns inte i tillräcklig omfattning.
- Mat, måltid och nutrition - rutin som beskriver hur verksamheten förebygger, utreder och behandlar undernäring saknas eller inte är fullständig.
- Riskbedömning med stöd av Senior alert – det saknas riskbedömning av blåsdysfunktion.

Analys

Både enheten för uppföljning och verksamheterna som blivit uppföljda upplever att kvalitetsuppföljningen ger positiva effekter då utförare får stöd i att identifiera kvalitetsbrister och att det sedan leder till att åtgärder sätts in för att öka kvalitén.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Anmälan om allvarlig vårdskada – Lex Maria

De händelser som anmäls enligt lex Maria rapporteras till den politiska nämnden som tar del av händelsen, vad utredningen visat och de åtgärder som planeras eller vidtagits. Det saknas dock struktur och arbetssätt för analys av händelserna på områdes- och verksamhetsnivå för ett lärande och övergripande förbättringsarbete.

Under året har sex händelser lett till fördjupad utredningen av medicinskt ansvarig. Sammanfattning av händelserna och vidtagna åtgärder finns att läsa i bilaga 3. Två av händelserna bedöms vara orsakade av verksamheten och har medfört allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada. De två händelserna har anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga och säkra vårdgivarens system och processer är.

Det finns styrdokument och metodstöd för verksamhetens processer. Dock behöver kännedom och följsamhet till dem bli bättre i verksamheten. Det kan bero på att det idag saknas arbetssätt och struktur för implementering.



En process som återkommande identifierats som osäker är överlåtten hälso- och sjukvård, det vill säga delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad personal överläter till omsorgspersonal att utföra. Legitimerad personal har ett ansvar att innan åtgärden överläts bedöma om det är förenligt med god och säker vård. De ansvarar också för att följa upp den åtgärd som är överlåtten. Idag är ansvaret svårt att leva upp till i hemsjukvården. Samverkan i det dagliga arbetet kring vården och omsorgen med möjlighet att bedöma och handleda är avgörande men fungerar inte idag. Dessutom är det administrativ personal som planerar in när och vem som ska utföra åtgärden och där saknas verktyg som säkerställer att rätt kompetens planeras in på rätt arbetsuppgifter vilket har resulterat i flera negativa händelser.

Det finns brister i följsamheten till ViSam-modellen, regionens och kommunernas gemensamma samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Det handlar om brister vad gäller följsamhet till in- och utskrivningsprocessen, beslutstöd (bedömning av vårdnivå) samt att initiera och genomföra SIP (samordnad individuell planering). Det är också dålig följsamhet till SBAR, den fastställda modellen för hur kommunikation ska ske vid förändrat hälsotillstånd. Utbildning för sjuksköterskor i klinisk bedömning utifrån beslutstöd erbjuds av vårdgivaren men få sjuksköterskor har genomfört utbildningen. För övriga delar behövs mer kompetensutveckling samt operativt stöd som exempelvis handledning.

Samarbetsforum mellan yrkesgrupper har utvecklats och förbättrats. Brister finns dock fortfarande vid övergångar i vården såväl internt som externt. Förutsättningar som organisation, kompetens och ekonomi saknas.

Dokumentation och registrering i kvalitetsregister av riskbedömningar och vårdpreventiva åtgärder sker inte enligt riktlinjer. Registrering i nationellt kvalitetsregister fungerar bättre på vård- och omsorgsboende än i hemsjukvården men är ett förbättringsområde för samtliga verksamheter.

Det är generellt bristande kunskap om hantering och ansvar kring medicintekniska produkter (hjälpmedel och utrustning). Idag finns inga rutiner för hur inköp, registrering, hantering, kontroll och besiktning av produkter som köps in på enhetsnivå ska gå till. Däremot fungerar hantering och förskrivning av personligt förskrivna hjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel bra.

Säker vård här och nu

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

Det är svårt för verksamheterna att förutse variationer i vårdtyngd. Personalomsättningen är hög och eftersom grundbemanningen är låg påverkas verksamheterna även när ett fåtal medarbetare är sjuka eller slutar på en enhet. I hemsjukvården och hemtjänsten kan även antalet patienter variera snabbt då enheterna tar emot alla som uppfyller kriterierna inom ett visst geografiskt område. Uppfattningen är att verksamheten kan och har rutiner för att situationsanpassa när variationer och störningar uppstår i närtid. Dock är det svårt att situationsanpassa när det gäller överlåtten hälso-



och sjukvård som kräver en särskild kompetens, som till exempel delegering eller en viss utbildning. Detta eftersom personal med säkerställd kompetens är svårare att ersätta.

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

Risicanalyser

SOSFS: 2011:9 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Hur risker hanteras, vilka riskanalyser och anpassningar som har genomförts där det bedömts att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Sommarperiod

Område Vård- och omsorg, område Funktionsstöd, externa utförare av hemtjänst, daglig verksamhet och bostad med särskild service har genomfört riskanalyser inför sommarperioden. Identifierade risker är låg bemanning, lägre kompetens, felbedömningar, felaktig vård, brist på delegerad personal, utebliven eller försenad insats, otrygga patienter och vikarier. Genomförda åtgärder är bland annat att säkerställa att det finns delegerad personal, att personal har kunskap om dokumentation och rätt kompetens. För nya vikarier har man förlängt inskolningen, individanpassat inskolningen och eller påbörjat inskolningen tidigare. I några verksamheter har tid avsatts för att specifikt gå igenom dokumentationskraven med vikarier. Översyn av scheman har gjorts för att få en jämn fördelning mellan vikarier och ordinarie på alla arbetspass. I en verksamhet har de arbetat med att säkerställa att personal redan vid nyanställning har kunskap om läkemedelshandling för att öka förutsättningarna för att personalen ska få delegering. I en annan verksamhet har de tagit fram en samarbetsplan för att säkerställa behovet av delegerad personal och även haft en gemensam introduktionsdag för vikarier. Åtgärderna har gett effekt då verksamheterna i högre grad har haft delegerad personal, tydligare arbetssätt, tryggare patienter och vikarier. Bemanningen uppges ha varit stabilare.

Organisationsförändringar

Flera verksamheter inom vård- och omsorg, funktionsstöd och externa utförare har gjort riskanalyser inför mindre och större organisationsförändringar. Det har bland annat gjorts inför renoveringar, lokalbyten, förändring av hemsjukvårds- och hemtjänstområden, förändring av personalgrupper, samarbetsområden mellan enheter och utökning av chef. Identifierade risker är framför allt påverkan på arbetsmiljön. Åtgärder som vidtagits är tillskapande av grupp med medarbetare som varit delaktiga i förändringen och att löpande skicka ut information. Resultat som setts är att kunskap och kompetens samlas och en ökad samverkan mellan verksamheter gör den stabilare.

I hemsjukvården har riskanalys gjorts inför en förändring där man flyttar ansvaret under natten för barnboende från sjuksköterskor på hälso- och sjukvårdsenheten till nattsjuksköterskor.

Risicanalysen för ansvarsförändringen visar på flera risker kopplat till patientsäkerheten; risk för att göra felaktiga eller fördröjda bedömningar, risk att barn oftare skickas till sjukhuset för att säkerställa adekvat vård och behandling, risk för brist i informationsöverföring. Åtgärder som identifierats är bland annat att säkerställa utbildning och kompetens för sjuksköterskor, utbildning i HLR för barn, se över kliniskt beslutsstöd för barn, hospitering, begränsning av antal sjuksköterskor som arbetar mot barnboende, säkerställa tydlig vårdplan för varje barn. Även erfarenhetsutbyte med andra barnboenden i länet, säkra informationsöverföring och eventuell utrustning som behöver finnas på plats.

Förändringen av ansvaret nattetid för barnboende har ännu inte genomförts vilket gör att identifierade risker och åtgärder inte har utvärderats.

Nytt schema

Inom Vård- och omsorg, funktionsstöd, extern utförare bostad med särskild service har riskanalyser gjorts inför schemaförändringar. Många verksamheter har gjort riskbedömningar utifrån förändringen kopplat till 11-timmars dygnsvila. Verksamheterna har inte rapporterat vilka åtgärder som vidtagits eller resultat av vidtagna åtgärder.

Kompetens och utbildningsbehov

Några externa utförare av hemtjänst har gjort riskanalyser utifrån brist på kompetens och utbildningsbehov. Identifierade risker är bland annat felaktig läkemedelshantering. Insatta åtgärder är översyn av utbildningsbehov, kompetenshöjning genom interna utbildningar, validering och kunskapslyftet. Resultat av genomförda åtgärder är mindre personalomsättning och fler delegerade i personalgruppen.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Det finns kunskap i verksamheten om att man ska följa olika resultat, men utmaningar finns för att få till analyser och uppföljningsmoment vilket är en förutsättning för lärande och stärkt patientsäkerhet. Verksamheten behöver stöd i dessa analyser. Stödet handlar om att öka kunskapen i risk- och händelseanalys samt förbättringsarbete. En identifierad svårighet är att det idag krävs mycket handpåläggning för att ta ut data och statistik och att det inte finns något verksamhetsstöd till chef för detta vilket behövs.

Tid och struktur saknas för lärande på arbetsplatsen. Förutsättningar behöver skapas för att möjliggöra ett lärande och en kultur som genomsyras av att verksamheten kan prova olika arbetssätt. Stöd och verktyg finns att tillgå men är inte kända och används därför sällan. En annan faktor som påverkar är att enheter arbetar isolerat i stuprör vilket inte gynnar ett lärande och en spridning av kunskap i hela verksamheten. Det finns behov av en strukturerad uppföljning av resultat och indikatorer på områdes- och verksamhetsnivå och att det är tydligt vad som förväntas av enheterna.

Avvikelse

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

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

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

Rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelse och fallavvikelse visas i bilaga 4 utifrån egenkontroll om följsamhet till avvikelseprocessens samtliga steg samt antal avvikelse inom respektive område och aktivitet.

Identifiering

I verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet och det finns stöd samt verktyg för rapportering i befintligt verksamhetssystem och styrdokument. Svårigheter som lyfts generellt av verksamheten är förutsättningar för att samverka med berörda enheter och funktioner som är involverade i avvikelseprocessen. Behovet att skapa struktur för samverkan beskrivs vara störst för externa utförare, verksamheter inom område Funktionsstöd (socialpsykiatri, barnbostad och personlig assistans) men även inom Vård och omsorg mellan hemtjänst och hemsjukvård. Ett annat problem som beskrivs är att sjuksköterska ofta uteblir från inplanerade avvikelseträffar vilket medför att ansvaret för bedömning av hälso- och sjukvårdsavvikelser hamnar på enhetschef som många gånger saknar hälso- och sjukvårdskompetens. I verksamheten saknas kunskap i att analysera resultat och sätta in åtgärder på enhets- och verksamhetsnivå vilket behöver utvecklas. Chefer uttrycker ett behov av administrativt stöd för det systematiska kvalitetsarbetet och uppfattningen är att det saknas systemstöd för att sammanställa rapporter med statistik för analys. Några enheter har identifierat språksvårigheter som del av orsaken till brister i avvikelshanteringen.

Utifrån egenkontroll har daglig verksamhet identifierat behov av att nå en samsyn med grupp- och servicebostäder och ansvarig sjuksköterska för att utveckla arbetssätt när deltagare blir sjuka. Detta för bättre följsamhet till rutinen vid försämrat hälsotillstånd. Utvecklingsarbete är initierat för att identifiera vilka som behöver ingå i ett team runt individen vid ett försämrat mående. En risk man identifierat i sammanhanget är att sekretessgränser är otydliga avseende informationsöverföring mellan enheter som grupp- och servicebostad och dagverksamhet vilket ställer krav på andra arbetssätt för samverkan med individen och andra involverade. Dialog har inletts med Myndighetsverksamheten och medicinskt ansvariga gällande detta.

Ett fortsatt förbättringsområde som verksamheterna identifierat är att ge stöd till omsorgspersonal för att vid rapportering av händelser göra rätt val i avvikelsemodulen men också utförligt beskriva händelseförloppet och omedelbart vidtagna åtgärder. Detta för att underlag för utredning och analys ska bli så korrekt som möjligt.

Följsamhet till avvikelseprocessen

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

Av 4589 rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser 2023 är

- 11 % inte hanterade alls
- 63 % hanterade i samtliga steg

Av 6978 rapporterade fallavvikelser 2023 är

- 5 % inte hanterade alls
- 76 % hanterade i samtliga steg

Antal avvikelser inom olika områden

Antalet avvikelser har inte förändrats nämnvärt de senaste åren och det är svårt att dra några slutsatser utifrån antalet avvikelser som rapporteras förutom att underrapportering finns inom vissa områden som till exempel rehabilitering och sår.

Avvikelser till och från Region Örebro län

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

övergripande nivå analysera och åtgärda de avvikelser som inträffat. Antal avvikelser kom skickats till eller inkommit från Region Örebro län:

- 90 avvikelser i kommunens avvikelsemodul har enligt uppgifter skickats till Region Örebro län för vidare utredning.
- 97 avvikelser har registrerats i kommunens diarie- och ärendehanteringssystem som skickade till Region Örebro län.
- 43 avvikelser från Region Örebro län har inkommit och registrerats i kommunens diarie- och ärendehanteringssystem.

Analys

Följsamhet till avvikelseprocessen har inte förändrats nämnvärt för hälso- och sjukvårdsavvikelser sedan 2021. För fallavvikelser ses viss förändring. Antalet rapporterade fallhändelser som hanterats i samtliga steg ligger kvar på ungefär samma nivå som tidigare år men antal fallavvikelser som inte är hanterade alls har minskat betydligt, från 23% till 5 %, vilket är positivt.

Antalet avvikelser till och från Region Örebro har ökat jämfört med föregående år. Det ökade antalet tros inte bero på att fler händelser inträffat än tidigare men att fler avvikelser skrivits och delgivits vårdgrannen vilket är positivt. Dessutom stämmer antalet avvikelser är delgivna till Region Örebro län enligt avvikelse statistiken i Treserva, bättre överens med antalet som finns registrerade i diariet w3d3 vilket även det är en förbättring.

Projekt ”Avvikelser i samverkan” pågår sedan 2022 under ledning av Valfärd och folkhälsa - Regional utveckling. Syftet är att skapa struktur och förbättra analys och hantering av avvikelser i samverkan mellan regionen och kommunerna. Arbetet har ännu inte resulterat i några åtgärder och kommer att fortgå även under 2024.

Åtgärder och uppföljning

Samtliga verksamheter beskriver att de under året arbetat med att skapa en tydligare struktur för arbetet med avvikelser med teamet och andra enheter när det är aktuellt. Olika återkommande forum för hantering av avvikelser har skapats och möten har nu stående punkter för avvikelseprocessen. Verksamheter beskriver att det har lett till bättre systematik och kontinuitet i avvikelseprocessen. Arbetet med att involvera samtliga medarbetare fortsätter där omvårdnadspersonal får kännedom om hur och varför avvikelser ska skrivas samt att legitimerad personal tar ansvar för de delar som berör dem. Det har bidragit till ett lärande inom flera verksamheterna med ökat kollegialt stöd och en bättre och snabbare hantering av inkomna avvikelser.

De enheter som identifierat språksvårigheter som en brist som påverkar avvikelsehanteringen har vidtagit åtgärder för att ge stöd utifrån det behovet. Här har VISA/DRIVA-funktionerna stor betydelse för fortsatt utveckling. Även de utbildningar som hålls av SAS framhålls som betydelsefulla för de förbättringar som ses framför allt i hemvården i Vård och omsorg.

Klagomål och synpunkter

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

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

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

synpunkter som genererat en utredning av medicinskt ansvarig sammanställs i patientsäkerhetsberättelsen.

Identifiering

Av totalt 17 832 rapporterade avvikelser är 688 registrerade som synpunkt/klagomål. Av dessa är 71 inom området Hälso- och sjukvård.

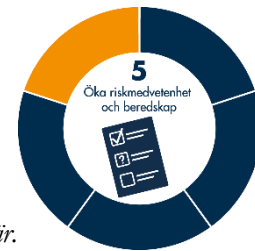
Analys

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

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

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Hur vårdgivaren planerar för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktig eller långsiktig förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden samt vilka av kompetensutveckling och utveckling det innebär.



Verksamhets- och enhetschefer behöver bli bättre på riskmedvetenhet och beredskap vid organisationsförändringar och att i detta ta med patientsäkerhetsperspektivet. Detta genom att strukturerat genomföra riskanalys med syfte att upptäcka dolda risker som kanske inte är uppenbara vid första anblick. Det kan vara hur förändringar inom en verksamhet påverkar andra verksamheten indirekt.

Det behövs även en långsiktig planering i kompetensförsörjningens för att möta verksamheternas behov och att kunna ställa om vid förändringar.

Det finns olika förutsättningar för att omvärldsbevaka i verksamheten men framför allt finns brister i att ny kunskap sprids och implementeras i verksamheten. Detta behöver arbetas med systematiskt och finnas med på dagordningen på såväl verksamhets- som enhetsnivå.

Säkerhetssamordnare inom område Vård och omsorg informerar Vård och omsorgs ledningsgrupp kontinuerligt utifrån sitt uppdrag. Framtagande av kontinuitetsplan pågår under ledning av säkerhetssamordnaren och i arbetet deltar utvalda enhetschefer. Vård och omsorgs ledningsgrupp har haft övningar i stabsmetodik utifrån olika scenarion. I verksamheten finns ingen upparbetad ordning för att systematiskt öva olika scenarion som påverkar patientsäkerheten.

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

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

Inom Vård och omsorg pågår ett arbete med kontinuitetshantering där analys har gjorts och arbete pågår med framtagna handlingsplaner.

Under 2023 sökte och fick Örebro kommun ett statsbidrag för arbetet med att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Uppdraget var att göra en analys över nuläget. Analysen innefattar de prioriterade områdena som framgår av Socialstyrelsens redovisningar samt andra eventuella områden som identifierats och bedöms vara av vikt för beredskapsarbetet. Prioriterade områden är

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

Utifrån det arbetet har en lista med åtgärder tagits fram och planen är att ansöka om medel för att genomföra åtgärderna. Vilka åtgärder som är prioriterade är ännu inte bestämt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Analys av året som gått, reflektioner över kommande utmaningar och mål för patientsäkerhetsarbetet 2024.

En av de viktigaste åtgärderna för en ökad patientsäkerhet som genomfördes under 2023 var arbetet som påbörjades med att ta fram en långsiktig handlingsplan för patientsäkerhet. Trots att handlingsplanen ännu inte finns på plats så har den nulägesanalys som genomförts varit viktiga tillfällen för ledningen att gemensamt reflektera och diskutera hur patientsäkerheten ser ut.

Analysen speglar det resultat som framkommit i både årets och tidigare års patientsäkerhetsberättelser. Centrala är bristerna i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, i processen för överläten hälso- och sjukvård och att det saknas arbetssätt och struktur för analys och lärande. Förhoppningen är att framtagandet och arbetet med den långsiktiga handlingsplanen bidrar till en ökad patientsäkerhetskultur i verksamheten på alla nivåer.

Nuvarande strukturer för patientsäkerhetsarbetet behöver utvärderas och utvecklas på ett sätt som underlättar och ger verksamheten det stöd de behöver. Chefer och medarbetare behöver kompetensutveckling för att öka kunskapen om hur man praktiskt går till väga och hur patientsäkerhetsarbetet kan vara ett verktyg för en välfungerande och framgångsrik verksamhet.

En välfungerande verksamhet innebär nästan alltid också en attraktiv arbetsplats. Nationellt står vi inför stora utmaningar när det gäller bemanning och kompetens. Det är redan idag svårt att rekrytera den kompetens som krävs. Samtidigt ökar kraven då Nära vård-omställningen skapar behov av att alltmer hälso- och sjukvård ska utföras i hemmet. Att vara en attraktiv arbetsgivare och behålla de medarbetare som finns i verksamheten kommer vara en viktig framgångsfaktor för att få resurserna att räcka till.

Överläten hälso- och sjukvård har länge identifierats som en av de mest riskfyllda processerna och trots det har inte många åtgärder genomförts för att göra den säkrare. Kommande år behöver förslag på åtgärder tas fram och genomföras för att få de utfall och effekter som behövs för en säker process.

Mål för 2024

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

Bilagor

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

Bilaga 1. Funktioner med spetskompetens

Beskrivning av den personal 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 verksamhetschefer, enhetschefer och samtliga medarbetare för att säkerställa en god och säker vård.

AKA - adjungerad klinisk adjunkt

Område Vård- och omsorg 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.

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.

Enheten för omvårdnadshjälpmedel

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

Verksamhetschef för verksamhetsområdet Förebyggande är den chef som ansvarar för processer och arbetssätt när det gäller omvårdnadshjälpmedel. Medicinskt ansvariga har ett övergripande ansvar, är sakkunniga och ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för de medicintekniska produkter som kommunen hanterar. Två hjälpmedelskonsulenter, direkt underställda verksamhetschefen, ansvarar för inköp, upphandling, kontakt med leverantörer samt att ge råd och stöd till förskrivare och tekniker vid enheten.

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. Omvårdnadshjälpmedel från Enheten för omvårdnadshjälpmedel får förskrivas av legitimerad personal som tillhör Örebro kommun men även Region Örebro län och vissa externa vårdgivare som har en överenskommelse om detta genom avtal. Förskrivningar sker till patienter inom särskilda boendeformer och till personer i ordinärt boende.

Enheten för uppföljning

Enheten för uppföljning tillhör Socialförvaltningen och är organiserade inom Förvaltningskansliet. Enheten ansvarar för att ta fram förfrågningsunderlag (avtal) när verksamheter som bedriver socialtjänst och hälso- och sjukvård ska upphandlas. För att ställa samma krav på kvaliteten för

egenregins verksamheter tas så kallade överenskommelser/basuppdrag fram. Avtal och överenskommelser/basuppdrag följs sedan upp vid kvalitetsuppföljningar.

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

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

Förflyttningsinstruktörer

Elva arbetsterapeuter arbetar 10% av sin tjänst som förflyttningsinstruktörer och har särskild kompetens inom ergonomi och förflyttnings teknik. De ansvarar för att utvärdera och förbättra befintligt utbildningskoncept i förflyttnings teknik och lyftkörkort samt att planera och organisera de utbildningsstillfällena som erbjuds. Instruktörerna fortbildar också alla övriga arbetsterapeuter i kommunen i ergonomi och förflyttnings teknik så att de i sin tur upprätthåller sin kompetens som utbildare i introduktionsutbildningen. Förflyttningskonceptet innehåller bland annat en obligatorisk heldags introduktionsutbildning 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 förflyttningsinstruktörerna håller i fördjupningsutbildningen.

Handrehabilitering

Sju arbetsterapeuter använder ca 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 hygienskötarska 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 utbildades 26 sjuksköterskor och under 2023 utbildades 48 sjuksköterskor av instruktörerna. Instruktörerna samordnas av planerare inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

Kognitiva stödteamet

Kognitiva stödteamet startade hösten 2018 och består av specialistsjuksköterska, arbetsterapeut

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

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

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

Kvalitetsstödande sjuksköterska

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

Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård

Sedan augusti 2022 finns två projektjänster på heltid med uppdrag som kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård i Örebro kommun. Under 2023 har en av kvalitetsutvecklarna arbetat deltid med uppdraget på grund av andra arbetsuppgifter. Uppdraget är statsbidragsfinansierat och medel finns till en början till och med 2024. Uppdraget består huvudsakligen av att arbeta med kvalitet på en övergripande nivå kopplat till patientsäkerhet samt hälso- och sjukvård och dess processer. Det kan handla om att leda olika kvalitetsarbeten eller utveckla och hålla i utbildningsinsatser. Kvalitetsutvecklarnas uppdrag beslutas på HSL-forum där medicinskt ansvariga och andra ledningspersoner inom Vård och omsorg samt Funktionsstöd ingår.

Läkemedelssamordnare

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

Medicinsk strateg

Vård- och omsorgsförvaltningen har en läkare projektanställd som medicinsk strateg på 50%. Den medicinska strategen tillträdde den 1 november 2021 med ett uppdrag på 2 år som blivit förlängt till och med 2024. 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.

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.

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

Referensgrupp kognitiv svikt och demenssjukdom

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

Sårsjuksköterskor

Från januari 2022 finns fem sårsjuksköterskor i Örebro kommun fördelat enligt följande; tre inom hemsjukvården, en inom hälso- och sjukvårdsenheten och en inom vård- och omsorgsboende. Uppdraget innebär att utveckla och upprätthålla kompetens inom området. Sårsjuksköterskan 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.

Utbildare och handledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation

En sjuksköterska och en arbetsterapeut har som del av sin tjänst ett uppdrag som utbildare i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De utbildar all legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras. Uppdrag och organisation för utbildarna är fastställt av ledningsgrupp i Vård och omsorg. Utbildarna har ansvar för att utveckla, planera och genomföra utbildningar i dokumentation 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.

Bilaga 2. Gränslös samverkan

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

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 försämras och där:

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

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 läns gemensam resurs som finansieras av länets kommuner men är anställd på Region Örebro läns Vårdhygien. Det är en heltidstjänst som har i uppdrag att ge kommunerna råd, handledning och utbildning, bistå med vårdhygienrond och utarbeta vårdhygieniska riktlinjer. De samverkar hygienfrågor med regionens Smittskydd och länets kommuners medicinskt ansvariga.

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

Sammanställning och sammanfattning av de sex utredningar som genomförts under 2023 av de händelser som bedömts som allvarliga när det gäller konsekvens eller risk.

Händelse 1.

Omsorgspersonal hjälper patienten att förflytta sig med lyft och lyftsele mellan rullstol och säng. Under förflyttningen, mitt emellan säng och rullstol, krokar en av de fyra öglorna till lyftselet ur lyftbygels krok och patienten faller ner på golvet. Röntgen visar på en spricka i bröstbenet (Sternum fraktur). Patienten upplever efter fallhändelsen smärta i överkroppen som är övergående.

Identifierade brister

Omsorgspersonalen anger att säkerhetsstoppet inte utfördes tillräckligt noggrant för att upptäcka detta. (Säkerhetsstoppet är den paus i lyftet som personal är utbildade i att göra för att kontrollera att lyftselets öglor ligger korrekt i lyftbygels krokarna innan de fortsätter med förflyttningen). Inga brister kan identifieras som tyder på att verksamheten orsakat händelsen då personal som utförde förflyttningen har fått utbildning i att hantera lyft och känner till rutinen med kontrollstopp. Oaktksamhet från omsorgspersonal bedöms vara orsaken till händelsen.

Åtgärder

- Genomgång och utbildning av ordinarie omsorgspersonal och vikarier i Nikolai hemvård.
- Utveckling av befintligt utbildningskoncept. Redan innan händelsen ingår genomgång och utbildning i kontrollstoppet, hur det ska göras och varför det görs. Efter händelsen tydliggörs vikten av kontrollstoppet utifrån aktuell fallhändelse.

Händelse 2

Patienten har restriktioner och får endast markeringsbelasta maximalt 10kg under 6 veckor på sin nyopererade höger höft. Patienten förflyttas därmed endast med lyft. Nattpersonal har under natten hjälpt patienten upp från sängen utan lyft och patienten har fått stå med stöd av en rollator medan personal har bäddats rent i sängen.

Identifierade brister

Patienten behövde uppsöka Ortopedmottagningen för undersökning. Ortopedmottagningen bedömde att patientens tillstånd inte försämrats av händelsen. Patienten har inte drabbats av någon vårdskada till följd av händelsen. Inga brister kan identifieras som tyder på att verksamheten orsakat händelsen då det funnits tydliga instruktioner från legitimerad personal som beskrev hur patienten skulle förflyttas och vilka restriktioner som gällde. Feltolkning av instruktionerna av omsorgspersonal bedöms vara orsaken till händelsen.

Åtgärder

Samtal med personalgruppen utifrån händelsen.

Händelse 3.

Patienten ramlar ur sängen i samband med att omsorgspersonal ger stöd med omvårdnad. Fallet beror på att sänggrunden på den sidan dit patienten vänder sig inte är uppfälld som den skulle ha varit. Patienten faller ner mellan sängen och väggen, ner på golvet. Patienten får en höftfraktur i samband med fallet, behöver sjukhusvård under två dygn och blir opererad. Patientens aktivitets- och funktionsförmåga blir inte förändrat av fallhändelsen och höftfrakturen.

Identifierade brister

Varför grinden inte var uppfälld går inte helt att fastställa men troligtvis är orsaken att omsorgspersonal glömt att fälla upp grinden eller att den dragits upp men inte fastnat ordentligt och glidit ner igen. Dessutom har omsorgspersonal som deltar i omvårdnadsarbetet vid fallhändelsen missat att kontrollera att den medicintekniska utrustning som skulle användas var på plats och funktionsduglig. Det är oklart vilken kompetens som säkerställts av verksamheten hos omsorgspersonal när det gäller vårdsäng och annan medicinteknisk utrustning som används i verksamheten. Eftersom händelsen bedöms som en allvarlig vårdskada som är orsakad av verksamheten rapporterades händelsen som en lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Åtgärder

- Genomgång/utbildning av hantering och kontroll av grindar med alla personal på boendet utifrån den specifika händelsen.
- Arbetsgrupp ”Ökad kompetens hos baspersonal” får i uppdrag av ledningen att, för både Vård och omsorg och Funktionsstöd, ta fram ett förslag på hur kompetens i den medicinteknisk utrustning som används i verksamheten kan säkerställas vid anställning och kontinuerligt repeteras.

Händelse 4.

Kvinna på ett vård-och omsorgsboende får ordinerade narkotikaläkemedel av sjuksköterska på felaktigt sätt. I ordinationen anges att läkemedlen ska ges som en injektion under huden men kvinnan får det via en infart direkt i blodet vilket medför att läkemedlet ger direkt effekt och kvinnan slutar att andas en kort stund och sover tungt resten av natten. Möjlig konsekvens för kvinnan är dödsfall om inte andningen hade återkommit.

Identifierade brister

Brister i följsamhet till arbetssätt och rutiner så sjuksköterskan varken läser eller följer läkemedelsordinationen utan ger läkemedel utifrån tidigare erfarenhet och vana vilket är i central infart. Dessutom späds inte läkemedlet enligt anvisning för intravenös injektion vilket skulle ha gjort om läkemedel varit ordinerat som intravenös injektion.

Åtgärder

- Ansvarig enhetschef följer upp att inga andra händelser sker under sjuksköterskans anställningstid.
- Planering av genomgång med andra sjuksköterskor i kommunen av denna händelse som ett lärande exempel.

Händelse 5.

Patienten som var hemma på permission från psykiatrin hoppar ut genom sitt fönster från andra våningen. Patienten skadar ryggen och fötterna och genomgår operation. Hade tiden innan händelsen ett försämrat psykiskt mående och vårdades inlagd på Karlakliniken. Under vårdtiden på Karlakliniken har både omvårdnadsansvarig sjuksköterska från HSE (Hälso- och sjukvårdsenheten) personal haft tät kontakt med vårdande avdelning och försökt förhindra både utskrivning och permission utifrån att patienten var fortsatt psykotisk. Det saknades en planering gällande permissionen och OAS blev inte informerad om att patienten skickades hem från psykiatrin med permission.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) hanterar vårdskadeutredningen som inte föranleder Lex Maria anmälan från Örebro kommun. Detta utifrån att bristerna i samband med permissionen inte förekommit inom den kommunala hälso- och sjukvården. Specialistpsykiatrin behöver ta ställning till Lex Maria anmälan då patienten hade sin pågående vård och behandling därifrån i samband med fallhändelsen

Händelse 6.

Man med kognitiv svikt och en synnedsättning på ett vård-och omsorgsboende tar sig ut från avdelningen på egen hand. Ramlar med sin rullstol ned för tre trappsteg vid husets entré. Rullstolen välter framåt och ner på gångvägen utanför huset. Fallet orsakade en nackfraktur och smärta.

Identifierade brister

2020 identifierades risker med miljön utanför enhetens dörr och ett stoppande trappräcke sattes upp precis utanför dörren. Dock kvarstod två breda öppningar till trappen, vid sidan om räcket och det var genom en av dessa som mannen föll med sin rullstol. Händelsen skedde på kvällen, när det är färre personal i huset vilket identifierats som en bidragande orsak till att personal inte uppmärksammade att mannen tagit sig ut från enheten och ner till entrén. En annan brist som identifierades är att mannen trots kognitiv svikt (ingen fastställd diagnos) fått plats på en somatisk avdelning. Risker är då att boendet inte har resurser och kompetens för att tillgodose individens behov och att boendemiljön inte heller är anpassad.

Åtgärder

- Verksamheten har satt upp avspärrande kedjor så att det tydligt syns att det finns en trapp och visa att även en ramp finns för att ta sig till och från boendet.
- Verksamheten har tagit fram en kompetensplan för att säkerställa personalens kompetens om kognitiv svikt och demenssjukdomar
- Långsiktigt behöver biståndshandläggare, boendesamordnare i dialog med vård och omsorgsboendena bli bättre på att anvisa rätt vårdnivå och därmed rätt typ av boende.

Bilaga 4. Statistik avvikelser

Rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och fallavvikelser för 2023 vissas nedan utifrån egenkontroll om följsamhet till avvikelseprocessens samtliga steg och antal avvikelser inom respektive område och aktivitet. Jämförelse görs med år 2021 och 2022.

Följsamhet till avvikelseprocessen

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

Antal hanterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i respektive processteg:

År	Steg 1 Rapportera	Steg 2 Utredda		Steg 3 Bedöma		Steg 4 Åtgärda	Steg 5 Följa upp	Steg 6 Avsluta
		Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda			
2021	4886	866	4020	767	3253	2928	2488	2373
2022	4386	1001	3385	461	2924	2614	2246	2133
2023	4589	505	4084	521	3563	2860	2463	2387

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

2023

Av 4589 rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser är

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

2022

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

2021

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

Antal hanterade fallavvikelser i respektive processteg:

År	Steg 1 Rapportera	Steg 2 Utredda		Steg 3 Bedöma		Steg 4 Åtgärda	Steg 5 Följa upp	Steg 6 Avsluta
		Inte hanterade	Hanterade	Ingen avvikelse*	Kvar att åtgärda			
2021	6370	1154	5216	3427	1789	1553	1274	1215
2022	6866	1596	5270	3399	1869	1581	1211	1093
2023	6978	337	6641	3479	3161	2132	1893	1828

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

2023

Av 6978 rapporterade fallavvikelser 2023 är

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

2022

- 23% är inte hanterade i något steg (1596 av 6866)

- 65% är hanterade i samtliga steg (3399 + 1093 = 4492)

2021

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

Antal avvikelser inom olika områden

Vid rapportering kategoriseras hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL-avvikelser) i *Område* och *Aktivitet* enligt nedan. Fall är en egen kategori och ingår inte i HSL-avvikelser. Resultatet gäller för 2023. Jämförelse görs med 2021 och 2022 års resultat.

Område + antal	Aktivitet	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
HSL/Hälso- och sjukvård	Felaktigt utförd hälso- och sjukvård	388	304	361
	Fördröjd hälso- och sjukvård	103	104	111
	Utebliven hälso- och sjukvård	355	222	219
	Journalföring	165	39	36
	Munhälsa	4	6	1
	Trycksår	19	28	25
	Viktförlust - ofrivillig	1	1	0
	Vårdrelaterad infektion	6	5	4
	Bemötande	36	36	50
	Bruten sekretess	6	7	10
Tillgänglighet – Svårighet att nå personal/ledning	25	28	38	
HSL/Information	Regionen – felaktig/fördröjd/uteliven information/planering	28	37	47
	Felaktig/fördröjd/uteliven information - kommunen	107	105	134
HSL/Läkemedel	Felaktigt utförd behandling (förväxling, fel iordningställt, bristande hantering)	469	711	731
	Ordnationsinformation – felaktig/fördröjd/utebliven	311	374	361
	Utebliven behandling – (glömd dos, ej iordningställd dos)	1224	1584	1436
	Läkemedel saknas vid kontrollräkning (narkotika)	485	705	918
	Läkemedel (en felaktig aktivitet i modulen 2021)	1047	5	0
HSL/MTP	Felaktig/fördröjd/utebliven leverans	11	4	6
	Handhavandefel	72	63	61
	Produktfel	18	12	10
Summa:		4886	4386	4589
Fall	Fall med skada	1290	1361	1336
	Fall utan skada	5079	5505	5641
Summa fall:		6369	6866	6977