



Patientsäkerhetsberättelse

Arbetsmarknad och funktionsrättsnämnd
2025

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	4
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.1.1 Övergripande mål och strategier	5
3.2 En god säkerhets kultur	13
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	14
3.4 Patienten som medskapare	15
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....	16
4.2 Tillförlitliga system och processer	16
4.3 Säker vård här och nu.....	18
4.3.1 Riskhantering	18
4.4 Säkra analys, lärande och utveckling	19
4.4.1 Avvikelser	22
4.4.2 Klagomål och synpunkter.....	28
4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap.....	29
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	30

Bilagor

Bilaga 1: Externa utförare enkät PSB 2025

Bilaga 2: Egen regi enkät PSB 2025

1 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. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

2 Sammanfattning

I april 2025 fattade Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden beslut om att återinföra det nationella kvalitetsverktyget Senior alert. Förutom att generera värdefull statistik i det vårdpreventiva arbetet fungerar registret som ett arbetsverktyg för att enheterna ska ha koll på sitt läge gällande genomförda riskbedömningar (undernäring, fall, munhälsa och trycksår), bakomliggande orsaker och insatta åtgärder. I slutet av 2025 påbörjades arbetet med att återinföra arbetssättet och resultat kommer att kunna presenteras under 2026.

Utbildningstillfällen för nutrition har ägt rum. Målsättningen att alla sjuksköterskor inom LSS/Socialpsykiatri skulle genomgå lärarledd nutritionsutbildning har uppfyllts.

Under år 2025 så har samtliga medicintekniska produkter i form av mätutrustning inventerats inom Hälso- och sjukvårdskontoret. Fortsatt arbete krävs för att säkerställa full spårbarhet, kalibrering och service samt uppföljande arbete kring kommunägda hjälpmedel inklusive träningsutrustning.

Projektledare Nära vård inbjöd under 2025 till en gemensam samverkansdag för Gävleborgs Hälso- och sjukvårdschefsnätverk, MAS/MAR-nätverk, Äldrenätverk och förebyggande nätverk. Fokusområdet var den nationella demensstrategin, *varje dag räknas*. Under dagen presenterades forskning inom området samt genomfördes gruppdialoger.

Egenkontroll - under 2025 har kvalitetsteamet arbetat fram en egenkontrollplan för hälso och sjukvården. Denna kommer att börja användas tertial 1, 2026 och ersätter nuvarande enkäter.

Delegeringsprocessen har kvalitetssäkrats och uppdatering av delegeringsrutinen är genomförd. Det nya arbetssättet gällande delegeringsprocessen startar upp i januari 2026.

Hälso- och sjukvårdskontoret har arbetat med att kvalitetssäkra och förbättra palliativ vård genom flera åtgärder. Till exempel ökat samarbetet med det palliativa teamet för kunskapsöverföring, tydliggjort rutiner samt infört ett nytt telefonisystem för ökad tillgänglighet.

Utvecklings- och förbättringsarbetet inom konsultverksamheten har resulterat i ökad kvalitet, tydliggörande av rutiner samt klargörande av roller och ansvar. Möjligheten att placera erfarna sjuksköterskor som ledningssjuksköterskor, införandet av ett nytt telefonisystem och ett närvarande ledarskap har varit avgörande faktorer i förbättringsarbetet.

Det systematiska arbetet med avvikelser i samverkan mellan hälso- och sjukvårdskontoret och MAS har fortsatt att utvecklas. Det är ett prioriterat område.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna 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 identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



3.1.1 Övergripande mål och strategier

Mål

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har uppdaterats och gäller år 2025 - 2030. Visionen " God och säker vård överallt och alltid" samt den övergripande målsättningen " Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada" är desamma som tidigare. Valfärd Gävles Omvårdnadsnämnd och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd har anslutit sig till den målsättningen sedan år 2022.

Strategi

En strategi för år 2025 har varit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete uppbyggt på riskanalyser, utredning av avvikelser och arbete med egenkontroller. Den andra gäller användning av aktuella kvalitetsregister Till exempel återgång till Senior alert (vårdprevention) vilket även kommer möjliggöra deltagande i den nationella mätningen Svenska HALT (vårdrelaterade infektioner/antibiotikaanvändning).

3.1.1.1 Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvård tillhör sektor Valfärd Gävle vilken består av sex kontor. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden varav hälso- och sjukvård finns i två av nämnderna. Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden är ansvariga som vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden är ansvarig huvudman och vårdgivare för den kommunala primärvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), för verksamheter enligt SoL 5 kap. 5 § andra stycket, dagverksamhet enligt 3 kap. 6 (HSL 2017:30) samt hemsjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

En medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
 2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
 3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
 4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
 5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för a) läkemedelshantering, b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- Framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 6 §

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Nedanstående gäller i tillämplig omfattning sådana fysioterapeuter och arbetsterapeuter som avses i 11 kap. 4 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Nutritionsansvarig dietist (NAD)

Nutritionsansvarig dietist har rollen som både kravställare och verksamhetsstöd gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. NAD arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och, i det fall det krävs, rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur arbetet med mat, måltider och nutrition bedrivits i verksamheterna. NAD fastställer även rutiner inom det lagstadgade området för att upptäcka, förebygga och behandla undernäring (Socialstyrelsens föreskrift om

förebyggande av och behandling vid undernäring HSL-FS 2022:49).

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahålla tjänster som uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 4 kap § 2 i hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef HSL ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna.

Enhetschef HSL

Enhetschef leder och fördelar arbetet för sina medarbetare. Ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring patient samt ansvarar för rapportering och avvikelshantering. Enhetschef ansvarar för att medarbetarna arbetar utifrån gällande riktlinjer och rutiner.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är den som

- Har legitimation eller särskilt förordnande
- Biträder legitimerad eller särskilt förordnad personal i vården av en patient
- Jobbar på ett sjukhus eller en annan vårdinrättning och deltar i vården av en patient

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

Enligt det som anges i Socialstyrelsens kunskapsstöd; *Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal har eget personligt yrkesansvar för hur hen utför sitt arbete. Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. En förutsättning för en patientsäker vård är att personalen har rätt utbildning. Yrkesansvaret innebär också att hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera vårdskador och risker för vårdskada till vårdgivaren.*

Hälso- och sjukvårdskontoret

- I kontor Hälso- och sjukvård arbetar legitimerade medarbetare som arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor samt ett antal undersköterskor. Samtliga arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen.
- Kontorschef, verksamhetschef och enhetschefer är samtliga legitimerade medarbetare. Detta för att möjliggöra att verksamhetsfrågor utifrån fokus inom hälso- och sjukvård kvalitetssäkras för att främja hög patientsäkerhet samt att möta övriga samverkanspartners och vårdgivare på ett så jämlikt och kvalitetssäkert sätt som möjligt. Syfte är att säkra en närvarande och engagerad ledning med HSL kompetens som leder till ökad förståelse och kunskap samt ger ökad trygghet för medarbetare och medborgare.
- Kontoret är indelat i fem teamområden varav fyra teamområden är geografiskt indelade i Nord, Öst, Syd och Väst. Inom dessa områden finns leg. sjuksköterskor och ett visst antal undersköterskor som verksamma inom hemsjukvård, vård- och omsorgsboende, LSS/socialpsykiatri, samt antal

avlösningssplatser och ett antal korttidsplatser.

- Det femte och nyttillkomna teamområde Rehabilitering startade upp 2025.10.01. Inom teamområde Rehabilitering finns alla arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjukgymnaster samlade och verkar inom samtliga områden i kommunens Hälso- och sjukvårdsenheter. * För rehabilitering inom LSS/Socialpsykiatri har region Gävleborg ansvar förutom tre undantag där Hälso- och sjukvårdskontoret har ansvar.

Konsultverksamheten kvällar och helger omfattar två områden: Syd/Öst och Nord/Väst. Varje område har en ledningssjuksköterska som tar emot samtal från patienter, personal och anhöriga med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ledningssjuksköterska bedömer och prioriterar åtgärd-/er samt arbetsleder vardera två sjuksköterskor och en undersköterska som utför insatser i hemmet.

Den 7 april 2025 infördes ett nytt telefonisystem, MICC, dels för att hantera den höga belastningen på inkommande samtal kvällar och helger, dels för att skapa bättre förutsättningar för att säkerställa att rätt patient får rätt vård i rätt tid.

3.1.1.2 Samverka för att förebygga vårdskada

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

Vårdhygien

Gävle kommun har tillsammans med övriga kommuner i länet ett avtal med Vårdhygien Region Gävleborg. Vårdhygien arbetar aktivt med kommunerna samt inom regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien erbjuder hygienutbildningar till kommunernas chefer, omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal. Medverkar även vid hygienronder som stöd till MAS.

Läkaravtal

I Gävleborgs län finns ramavtal och lokala samverkansavtal för läkarmedverkan framtagna för att säkerställa läkarmedverkan. Gällande de lokala samverkansavtalen för läkarmedverkan som upprättas med både de region drivna hälsocentralerna och de som drivs i privat regi så har samtliga lokala avtal antingen upprättats, reviderats eller följts upp under 2025.

Patientnämnden

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom region och kommun som har till uppgift att hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivare samt att få frågor besvarade. Patientnämnden handlägger hälso- och sjukvårdsärenden för samtliga kommuner i Gävleborgs län. Patientnämnden deltar årligen på nätverksträff för MAS/MAR i länet. MAS i Gävle kommun är mottagare av själva begäran utifrån klagomål och synpunkter från Patientnämnden och är även den som kvalitetssäkrar svaret innan det skickas åter till Patientnämnden. MAS är dock inte alltid den som skriver själva svaret.

Förbättringspotential gällande samverkan finns när det rör "komplicerade och komplexa patientfall" där flera olika professioner är involverade.

Intern samverkan

Kontor hälso- och sjukvård samverkar internt med kontor boende, kontor stöd i hemmet och kontor myndighet. Kontoret har även samverkan med Region Gävleborg samt externa utförare.

Förbättringspotential gällande samverkan finns när det rör "komplicerade och

komplexa patientfall" där flera olika professioner är involverade.

VC, MAS, MAR, NAD, enhetschefer HSL och kvalitetsutvecklare. Syftet är att skapa en mer systematisk hantering av avvikelser, tydliggöra roller och ansvar, arbeta mer proaktivt för att förebygga liknande händelse samt sprida information om inträffade händelser för lärande och förbättring.

Samverkan Region Gävleborgs primärvård. Verksamhetschef och medicinska rådgivare har samverkansmöten med verksamhetschef HSL, Valfärd Gävle. Syftet är att öka förståelsen och hitta förbättringsområden för patientsäkerhet.

Avvikelse-avstämning

Kvalitetssamordnarnas roll har förändrats både under 2024 och 2025 till att arbeta mer proaktivt genom att identifiera kvalitetsbrister samt säkerställa att gällande rutin följs, istället för som tidigare med uppdraget att utreda avvikelser. Därtill ska kvalitetssamordnarnas förändrade uppdrag innefatta att stödja arbetet med att ta fram nya kvalitetssäkra arbetssätt för att främja patientsäkerheten, stödja med att identifiera och säkerställa att vi har rätt kompetens i verksamheten. Kvalitetssamordnarna har tillsammans med MAS/MAR korta veckovisa avstämningar med respektive enhetschef för genomgång av aktuella avvikelser inom respektive enhetschefs teamområde samt översyn av behovet av åtgärder.

Arbetsgrupper - flera olika arbetsgrupper finns utifrån prioriterade områden för att öka patientsäkerheten.

Kvalitetsteamet

Kvalitetsteamet omfattar olika former av stöd för kärnverksamheternas systematiska kvalitetsarbete inom ramen för Valfärd Gävle. Systematiskt kvalitetsarbete handlar om att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitetsteamet består av: kvalitetsstrateg, MAS, MAR, NAD, SAS, utredare, upphandlingscontroller, avtalssamordnare samt verksamhetschef för enheten för kvalitet och utredning.

Upphandlingsteamet

MAS/MAR har regelbundna avstämningar med upphandlingsteamet utifrån de vårdgivare som har avtal med Gävle kommun. MAS/MAR medverkar vid avtalsuppföljningar och vid uppföljning utifrån patientsäkerhetsbrister. Upphandlingsteamet består av upphandlingscontrollers och avtalssamordnare.

Externa utförare

I samverkan med upphandlingsteamet medverkar MAS/MAR på regelbundna utförmöten för externa vård- och omsorgsboenden och hemtjänstutförare. Även verksamhetschef HSL deltar vid behov på utförmöte för de externa hemtjänstutförarna, enhetschef HSL deltar regelbundet. MAS/MAR tar alltid del av utredningar enligt Lex-Maria. MAS/MAR genomför hygienronder och externa kvalitetsgranskningar hos de externa utförarna i samverkan med Region Gävleborg.

Förstärkt samverkan

En samverkansgrupp med uppdrag från biträdande sjukhusdirektör Region Gävleborg samt biträdande sektorchef Valfärd Gävle med utsedda verksamhetschefer, som representerar både offentlig och privat regi, inom dels slutenvård men även inom den regiondrivna primärvården samt den kommunala hälso- och sjukvården. Gruppen träffas cirka fyra gånger per halvår. Syftet är förstärkt samverkan, undvika slutenvård, utifrån målsättning med god och nära vård med patienten i fokus. Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Medicinskt ansvarig för rehabilitering är adjungerade vid behov.

Sommarsamverkan

Under sommartid hålls veckovis avstämning mellan Valfärd Gävle och Region Gävleborgs slutenvård och primärvård. Representanter är verksamhetschefer/enhetschefer inom kontor myndighet, boende och hälso- och sjukvård och motsvarande inom Region Gävleborgs verksamheter. Därutöver medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Mobilt sjukvårdsteam

Gävle kommun och Region Gävleborg har sedan 2018 ett gemensamt mobilt sjukvårdsteam. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård samt att minska risken för att patienter skickas in till sjukhus om de istället kan vårdas i hemmet. Ambitionen är att kunna optimera vården för äldre med sviktande hälsa eller multisjuka vuxna som bor i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende eller som vistas på en korttidsplats. Effekten blir att personer med behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser får fortsatt vård i hemmet vilket bedöms medföra ett mervärde för individen, minskat tryck på akutmottagningen och färre antal inskrivningar. Teamet bemannas dagtid under vardagar av läkare från primärvården eller slutenvården, en sjuksköterska från primärvården och en sjuksköterska från kommunen som har ett nära samarbete med biståndshandläggare. Gävle kommun bidrar med tre sjuksköterskor till samarbetet.

Samverkan med Folk tandvården

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvarar regionerna för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds personer med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Tandvårdsförordningen (1998:1338) förtydligar regionernas och kommunernas skyldighet till samarbete för att nå dessa personer. Uppsökande tandvård erbjuds av Folk tandvården Region Gävleborg i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos personer med varaktiga och omfattande vård- och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Region Gävleborg handleder kommunens vård- och omsorgspersonal när behov uppstår samt utbildar i munhälsa en gång per år.

För att förbättra hälsan för vårdtagare med ett större omsorgsbehov erbjuder tandvårdsföretaget Oral Care hemtandvård och ger nödvändig tandvård på plats i vårdtagarens bostad, både på vård- och omsorgsboende samt på gruppboenden.

Samverkan smittskydd/vårdhygien

Samverkansmöten där deltagarna utgörs av följande från Region Gävleborg: vårdhygien, vaccinsamordnare och smittskyddsläkare och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade. Samverkansmöten sker i regel 1 gång per månad men mer frekvent när det är vaccineringsperioder.

Chefsläkarmöten

Länets Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och Medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR har regelbundna möten med chefläkare i Region Gävleborg, primärvård och specialistvård. Fokus för dessa möten har varit patientsäkerhetsarbete, identifiera riskprocesser, förbättra flöden och lyfta allvarliga händelser.

Lokal samverkansgrupp Nutritionsråd

Medlemmar i gruppen är verksamhetschef paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS från Gävle och Sandvikens kommun, primärvårdsdietist, chefläkare allmänmedicin, chefssjuksköterska, logoped och NAD från Gävle kommun. Gruppen

har som syfte att skapa en struktur för insatser att stödja verksamheter i planering, genomförande, uppföljning och utveckling för nutritionsarbetet i regionen och länets kommuner. Gruppen ska bereda underlag till beslut och ta fram handlingsplan, mål och kvalitetsindikatorer inom nutritionsområdet. Arbetet i denna grupp har fortgått under 2025 och fokus har legat på bland annat journalgranskningar och nutritionsansvaret som åligger sjuksköterska i kommunal primärvård och hur/när man som sjuksköterska får stöd av dietist i primärvård eller specialistvård.

Lokal arbetsgrupp diabetes

Det tidigare diabetesrådet har bytt namn till lokal samverkansgrupp LSG diabetes och sorterar under den nationella kunskapsstyrningen. Gruppen är en kombinerad operativ och strategisk arbetsgrupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare i gruppen är processägare, primärvårdsläkare, endokrinologer, diabetessjuksköterskor och två Medicinskt ansvariga sjuksköterskor från länets kommuner.

Lokal arbetsgrupp primärvård

Under 2022 startades lokal arbetsgrupp LAG primärvård som sorterar under den nationella kunskapsstyrningen. Gruppen är en kombinerat operativ och strategisk arbetsgrupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Gruppen består av medicinsk rådgivare på hälsovalskontoret, läkare, sjuksköterskor, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog från Region Gävleborg och kommunerna är representerade av MAS från Gävle och Hudiksvall.

Lokal arbetsgrupp rehabilitering

Lokal arbetsgrupp LAG rehabilitering utifrån den nationella kunskapsstyrningen syftar till att vara en kombinerat operativ och strategisk grupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare är vårdenhetschefer från regionens specialistvård, primärvård och representant för försäkringsmedicin, Rehabchefer, MAR från Gävle/MAR från länet samt patientrepresentanter. Gruppen leds av deltagare från lokala programområdet för rehabilitering/processledare.

Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet

Samverkansgruppen består av slutenvårdens chefssjuksköterska, chefläkare, chefstandläkare, länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt medicinskt ansvariga för rehabilitering. Avvikelser i vårdens övergångar samt analys av avvikelser som skickas mellan region och kommunerna finns med på agendan.

Läkemedelskommitté

Leds av ordförande för kommittén. MAS från två av länets kommuner är representerade tillsammans med informationsläkare, informationsapotekare. Arbetet är reglerat enligt lagen om Läkemedelskommittéer och övergripande mål är att som expertorgan inom områdena läkemedel och läkemedelsterapi verka för en nationell säker och kostnadseffektiv hantering av läkemedel sedd ur ett helhetsperspektiv där patientens och samhället bästa beaktas.

Den kommunala läkemedelsgruppen

Arbetsgruppen upprättar samt reviderar årligen riktlinjen för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet. MAS från Gävle samt Hudiksvall företräder länets övriga medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Medlemmar är även sjuksköterskor från olika verksamheter i länets kommuner.

Hjälpmedelsgrupp

Hjälpmedelsguppen är utsedd av Länsledning Valfärd och består av sakkunniga inom hjälpmedelsområdet inom sina respektive organisationer. Hjälpmedelssamordnare är sammankallande. Tre MAR, varav en från Gävle, är några av representanterna.

- Utforma, formulera och föreslå en gemensam hjälpmedelshandbok för beslut av Hjälpmedelsrådet
- Genomföra en årlig genomgång och eventuellt uppdatering av hjälpmedelshandboken för beslut av Hjälpmedelsrådet
- Vara remissinstans för Hjälpmedelsrådet
- Bedömer, initierar och avropar nödvändiga utbildningsinsatser inom hjälpmedelsområdet
- Planerar och arrangerar ett årligt nätverksmöte för alla förskrivare inom hela Gävleborg

Palliativa rådet

I Gävleborg finns ett palliativt råd etablerat för samverkan mellan länets kommuner och Region Gävleborg. I rådet medverkar verksamhetsrepresentanter från länets kommuner, primärvården och den specialiserade vården inklusive barnsjukvården. Kommunerna representeras av MAS från Gävle och Nordanstig samt kvalitetsutvecklare från Hälso- och sjukvårdskontoret. Palliativa rådet har inlett arbetet med att implementera det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård.

God och nära vård - länsgemensam arbetsgrupp

Ansvarar för arbete enligt uppdrag från Länsledning inom ramen för omställning till god och nära vård. En mindre arbetsgrupp inom gruppen har arbetat med att ta fram indikatorer för uppföljning enligt uppdrag från Länsledning. MAR Gävle har deltagit i båda arbetsgrupperna. Den länsgemensamma arbetsgruppen är vilande sedan år 2024.

Egenvård

Arbetsgrupp på uppdrag av Utskott vuxna/Länsledning gällande revideringar av den länsgemensamma rutinen för egenvård med tillhörande bilagor samt frågor och svar på Samverkanswebben. Bland deltagare finns MAR från Gävle, MAS från länet, enhetschef Myndighet samt SOL.

Kommun- och regionsamverkan

Hälso- och sjukvårdskontoret har löpande samverkan med Region Gävleborg, både inom slutenvård, öppen- samt primärvård. Samverkan sker även med våra privata externa utförare, dels inom primärvården, dels privata hemtjänstutförare inom LOV. Samverkansmöten sker månadsvis med Region Gävleborgs verksamhetschef, medicinska rådgivare samt med verksamhetschef HSL, Valfärd Gävle.

MAS har under 2025 särskilt bjudit in både egen regi och privat regi till information/utbildning ifrån handläggare från patientnämnden, regionens vaccinsamordnare och folktandvårdens beställarenhet.

Vårdprofessionsmöten: (tjänstepersoner)

En pågående förbättring med ökad kvalitet som framgångsfaktor är att först hålla ett vård professionsmöten mellan berörda vårdgivare (specialistvård, primärvård, kommunal vård) för att säkerställa: egenvårdsbedömningar, riskbedömningar, ordinationer och kontaktuppgifter samt ”vem ansvarar för vad”.

Vårdprofessionsmöten hålls ofta innan Samordnad Individuell Plan (SIP) för att vårdgivare ska få möjlighet att planera patientens vård och behov samt säkerställa

överenskommelser mellan olika vårdgivare innan en SIP genomförs tillsammans med patient och närstående.

SIP utgår från patientens individuella behov och genomförs till exempel inför utskrivning från slutenvården och/eller vid inskrivning till hemsjukvård, där patient och närstående medverkar för trygg planering av ansvar och insatser.

3.1.1.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För de system som behandlar information inom samhällsviktiga tjänsten Hälso- och sjukvård har informationssäkerhetsklassning, konsekvensbedömning och riskanalys fortsatt att genomföras under 2025. Gällande Treserva VO och TES, som är de centrala systemen för informationsbehandling har aktiviteterna avslutats, åtgärder föreslagits samt att årliga riskanalyser planerats in.

Fortsatt arbete har genomförts avseende krav som kommer att gälla i NIS2 eller den så kallade Cybersäkerhetslagen, som var planerad att gälla från och med oktober 2024 och som sedan flyttats fram till 15 januari 2026.

I övrigt har arbetet fortsatt med att stödja verksamheterna i att nå kraven som lagstiftningen kräver.

3.2 En god säkerhets kultur

Patientsäkerhetsdialog

Som ett led i att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården för boende på särskilt boende (SÄBO) har Länsledning Velfärd beslutat att länets kommuner samt utförare inom Hälsoval Region Gävleborg ska implementera gemensamma patientsäkerhetsdialoger.

Patientsäkerhetsdialogerna syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- sjukvård och omsorg för personer som bor på SÄBO genom ett gemensamt och proaktivt patientsäkerhetsarbete mellan huvudmännen. Arbetssättet är ett komplement till uppföljningen av läkarmedverkansavtalen.

Målet är att de olika aktörerna genom gemensamma Patientsäkerhetsdialoger kan identifiera såväl framgångsfaktorer som brister och risker i verksamheten såväl i samverkan som i egna arbetssätt. Därigenom kan man föreslå och sätta även nya mål och initiera förbättrande aktiviteter utifrån dialogerna. Erfarenheter och kunskap från dialogerna kan sedan tas vidare och spridas som goda exempel i våra organisationer. Resultaten av patientsäkerhetsdialogen ska och kan dokumenteras och tillföras den årliga patientsäkerhetsberättelsen hos respektive huvudman.

Patientsäkerhetsdialogen under 2025 genomfördes på Solberga vård- och omsorgsboende i samverkan med Hamränge Din HC.

Säkerhetskultur

Hälso- och sjukvårdskontorets målsättning är att ha ett öppet klimat där medarbetare tryggt kan ställa frågor om säkerhet och inträffade händelser. Respektive enhetschef arbetar löpande på att bygga upp tillit och en trygg psykosocial arbetsmiljö där man stöttar varandra och kan ta lärdom av det som brister och stärka varandra genom att stödja varandra vid behov. Den återkoppling som muntligt framkommer från medarbetare är att det är ett tryggt arbetsklimat vilket också visade sig på den senaste medarbetarundersökningen (MAU).

Utifrån avvikelser som uppkommer ses dels befintliga rutiner över, dels följsamheten

till befintliga rutiner och dels genom ett lärande i organisationen, där händelse lyfta vid respektive teamområdes arbetsplatsträff (APT).

Hälso- och sjukvårdskontorets medarbetare arbetar aktivt för att identifiera risker och förebygga vårdskador genom regelbundna riskbedömningar, avvikelshantering och händelseanalyser. Gällande ledningssystemet pågår arbete med att öka följsamhet till rutiner samt säkerställa att de är kända i verksamheten. Varje APT lyfts ”månadens rutin” som enhetschefer inom Hälso- och sjukvårdskontoret gemensamt kommit överens om att lyfta. Risker och åtgärder följs upp i kvalitetsmöten och samverkan sker med MAS/MAR.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

Under 2025 har hälso- och sjukvårdskontoret (HSK) fortsatt med kompetensinventering av samtlig legitimerad personal för att till 2026 skapa mål för vilken kompetens som behövs. Det finns ett litet antal sjuksköterskor med specialistutbildning.

Utbildningar som legitimerad personal genomgått under året

- Utbildning i hjärt- och lungräddning har erbjudits till alla medarbetare inom hälso- och sjukvårdskontoret.
- Sex fysioterapeuter har deltagit vid konferens om att ”Förebygga fallolyckor”.
- Två enhetschefer, varav en inom SOL och en inom HSL har deltagit i konferens om digital teknik i äldreomsorgen.
- En enhetschef HSL har gått en halvdagskurs som tillhandahållits av IMR ”Socialstyrelsens delegeringsföreskrifter slopas”.
- Verksamhetschef HSL har gått heldagskurs som tillhandahållits av IMR, ”Fördjupningskurs - verksamhetschefen ledningsansvar”
- 20 Sjuksköterskor har fått kompetenshöjande information/utbildning om suicid.
- Två kvalitetsutvecklare och en samordnare har gått en tvådagarskurs om ”att leda andra utan att vara chef”.
- Tio medarbetare inom yrkeskategorierna arbetsterapeut, sjukgymnast, fysioterapeut, har genomgått utbildning inom förflyttningsteknik. Ett arbete har startats upp med att ta fram ett upplägg för att utbilda medarbetare inom Valfärd Gävle inom området förflyttningsteknik. Utbildningen kommer vara heldag och rikta sig till omvårdnadspersonal. HSK kommer ansvara för att hålla i utbildningen och utbilda omvårdnadspersonal som sedan utbildar omvårdnadspersonal. HSK står för utbildningslokal.
- 34 sjuksköterskor inom hälso- och sjukvårdskontoret har genomgått den planerade nutritionsutbildningen som hållits av NAD.
- Samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvårdskontoret har erbjudits och fått möjlighet till kompetenshöjning inom Peer Learning. Utbildningssatsning har hållits av en forskare från Högskolan i Gävle.
- Åtta legitimerade medarbetare inom hälso- och sjukvårdskontoret har erbjudits 20% arbetstid för att genomgå 7,5 hp Handledarutbildning på avancerad nivå.
- Sjuksköterskor har fått Visamutbildning av tre internutbildare. Det har även säkerställts att alla medarbetare har tagit del av Visamutbildning.
- Palliativa teamet har givit kompetenshöjning inom palliativ vård samt att dialog har förts för ytterligare förbättrad samverkan.
- Kompetenshöjande utbildningsinsatser har tillhandahållits av två undersköterskor inom hälso- och sjukvårdskontoret. Utbildningsinsatserna har givits till utsedda SoL-enheters undersköterskor och omvårdnadspersonal under hösten 2025.

- Diabetessjuksköterska från Region Gävleborg har tillhandahållit kompetenshöjning inom området diabetesfoten till samtliga sjuksköterskor inom hälso- och sjukvårdskontoret. Utbildning, information samt rutin har arbetats fram under 2025. Samtliga sjuksköterskor har bjudits in till möten kring det förnyade arbetssättet. Stämgafler och monofilament har köpts in för att möjliggöra det nya arbetssättet utifrån ny rutin och enligt riktlinje på samverkanswebben. Under året har en utbildningsinsats genomförts med syfte att höja kompetensen hos sjuksköterskor och undersköterskor samt förbättra kvaliteten i vården för patienter med diabetes. En diabetessjuksköterska från Region Gävleborg har utbildat sjuksköterskor och undersköterskor i bedömning av fotstatus hos personer med diabetes. Utbildningen har omfattat både teoretiska och praktiska moment med fokus på tidig identifiering av riskfaktorer, bedömning av fotstatus samt förebyggande åtgärder för att minska risken för fotsår och andra diabetesrelaterade komplikationer.
- Utökad introduktionstid i olika omfattning till sjuksköterskor, allt från enstaka dagar upp till tre månader med syfte att stärka deras kunskap inom kommunal hälso- och sjukvård.

Kraven på hälso- och sjukvården ökar nationellt, vilket även påverkar hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det innebär att allt högre krav ställs på kunskap och kompetens hos legitimerade medarbetare för en patientsäker vård. Att arbeta inom flera olika områden kräver både erfarenhet och kunskap, vilket är avgörande för patientsäkerheten.

Kontor hälso- och sjukvård noterar över året en trend med minskad rörlighet avseende uppsägningar. 2025 var den uppgiften 12,93 % - att jämföra med 40 % år 2024. Det finns identifierade åtgärder vilka samtliga haft som syfte och mål att behålla sjuksköterskor men även kunna attrahera nya sjuksköterskor att ta anställning. Flertal av åtgärder är vidtagna utifrån de förbättringsförslag som återgavs i rapporten:” Avslutningsorsaker sjuksköterskor Gävle kommun” – kommenterad av kontorschef maj 2025. Förbättringsförslagen utgår således från de förslag som de sjuksköterskor som sade upp sig 2024 var anledning till avslut; till exempel behov av ett mer närvarande ledarskap vilket tillgodoses genom utökning av antal enhetschefer. Av de fyra nya introduktionstjänsterna återfinns två sjuksköterskor inom organisationen. Det är ett högt söktryck avseende dessa.

3.4 Patienten som medskapare

Hälso- och sjukvårdskontoret beskriver att legitimerad personal har som målsättning att involvera patienter och deras närstående i vården genom personcentrerat arbetssätt innehållande dialog, gemensam planering och tydlig anpassad information. Vidare är målsättningen att varje patient och vid samtycke även närstående ska vara involverade i vården och delaktiga i de insatser som erbjuds och genomförs. Varje legitimerad medarbetare har ansvar för att vården utformas utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

Vid inskrivning eller utskrivning i hemsjukvård genomförs Samordnad Individuell Plan (SIP) för att säkerställa att vården utformas utifrån patientens behov.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador

Lex Maria

Vid utredning av allvarliga vårdskador används metoden händelseanalys och nationell mall.

Under 2025 har ingen anmälan om allvarlig vårdskada enligt Lex Maria skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förbättringsarbete

Hälso- och sjukvårdskontoret bedriver förbättringsarbete utifrån inträffade händelser, inklusive Lex Maria, genom att analysera orsaker, revidera rutiner samt följa upp. Händelser och lärdomar lyfts på APT för att skapa dialog och sprida kunskap i organisationen. Åtgärder dokumenteras och följs upp för att säkerställa effekt och bidra till ett kontinuerligt lärande.

Under 2025 har kvalitetsutvecklarna arbetat mer proaktivt med att identifiera kvalitetsbrister och säkerställa att rutiner följs, utveckla nya kvalitetssäkra arbetssätt, leda arbetsgrupper inom förbättringsområden samt uppmärksamma kompetensbehov i verksamheten. Enhetschefer är mottagare av interna avvikelser och kvalitetsutvecklarna stödjer i arbetet med åtgärder. Kvalitetsutvecklarna har under året arbetat i flera arbetsgrupper med fokus på införande och implementering av åtgärder i verksamheten, till exempel dokumentationsgrupp, enhetsrutiner för arbetsterapeut (AT), fysioterapeut (FT)/sjukgymnast (SG), Arbetsbeskrivning AT och FT/SG, rutin för Micc-Agent, rutin för arbetsbeskrivning för arbete kväll- och helg i Hälso- och sjukvård, rutin för vak gällande vård i livets slutskede, enhetsrutin för in- utskrivning i hemsjukvård, rutin HSV-dokument, LSS-projekt, enhetsrutin för läkemedelsautomat. En av kvalitetsutvecklarna är representant för den kommunala hälso- och sjukvården i det palliativa rådet.

Alla teamområden har upplevt att vaccinationerna har löpt på väl med god planering och att vaccinationer har skett i tid.

4.2 Tillförlitliga system och processer

Nutrition

I föregående års patientsäkerhetsberättelse fanns målet att utbilda minst sex enheter inom LSS/socialpsykiatri i mat, måltider och nutrition under 2025. Målet har uppnåtts. NAD har utbildat vid totalt sju tillfällen, och dessa var ledningsgruppen för boende LSS, korttids vuxen LSS, tre grupper inom personlig assistans, gruppbostad Rågångsvägen 17 och servicebostad Ladugatan 6. Utbildningarna har anpassats efter enhetens unika utmaningar kring mat och ätande.

NAD har även deltagit vid socialpsykiatrins kostombudsmöten två gånger under året och kostombuden ses totalt vid fyra tillfällen årligen med enhetschefer närvarande. Där diskuteras maten från matleverantör för de enheter med sådan lösning samt övriga frågor kring bland annat livsmedelshygien och kunder med utmanande beteenden som påverkar matintaget.

PPM (punktprevalensmätning) av förekomst av olämpliga läkemedel v.47 2025 utifrån önskemål från ordförande i Region Gävleborgs läkemedelskommitté

170 journaler granskades inom LSS verksamheten. Av dessa hade tjugo stycken ej haft någon läkemedelsändring inom de senaste tre månaderna. I tretton journaler noterades att patienten stod på tio olika eller fler läkemedel. De läkemedlen som var vanligast att ordinera var Risperidon (antipsykotiskt läkemedel) följt av Olanzapin (neuroleptika).

Medicintekniska produkter

Bestämmelser om medicintekniska produkter/hjälpmedel regleras i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen, EU MDR 2017/745, Förordning SFS 2021:631 samt Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2021:52. Utöver föreskrifter och allmänna råd finns bestämmelser från andra myndigheter såsom Arbetsmiljöverket. Utifrån lagstiftningen finns upprättade länsgemensamma rutiner för Region Gävleborg samt lokala rutiner och ansvarsfördelning för Valfärd Gävle.

Under år 2025 så har samtliga medicintekniska produkter i form av mätutrustning inventerats och skrivits upp manuellt på en Excel-fil av en utsedd medarbetare inom Hälso- och sjukvårdskontoret. Excel-filen hålls manuellt uppdaterad i nuläget. Samtliga produkter har gått igenom och setts över. Den mätutrustning/MTP som Hjälpmedel SAM har i sitt utbud hyrs, övriga produkter köps in. Viss andel av de inventerade produkterna är spårbara till enhet inom Hälso- och sjukvårdskontoret och andra till individuell produkt. Fortsatt arbete krävs för att säkerställa full spårbarhet samt kalibrering och service.

Det behövs även ett uppföljande arbete för motsvarande säkerställande av spårbarhet/kalibrering och service gällande kommunägda hjälpmedel inklusive träningsutrustning.

År 2024 så genomfördes en undersökning angående lämpliga IT-lösningar för registrering av kommunägda medicintekniska produkter/hjälpmedel. Bedömningen var att detta skulle kunna underlätta spårbarhet och en säker hantering. Kommande beslut gällande val av IT-system ligger hos IT- och utvecklingsavdelningen inom Styrning och stöd Gävle kommun.

Hygien

Hygienronder har under 2025 genomförts på vissa gruppbostadser.

Flertalet digitala utbildningar har även genomförts i samverkan med regionens hygiensjuksköterskor.

I de vårdhygieniska egenkontrollerna som genomförts i samband med hygienrond framkommer följande förbättringsområden:

- Rekommendation att alla verksamheter skickar iväg arbetskläder på tvätt. Relaterat till att den tvättprocessen är kvalitetssäkrad.
- Öka användningen av förkläden i patientnära omvårdnad. Syftet är att skydda arbetsdräkten från att bli förorenad och på så vis minska risken för smittspridning.
- Alla verksamheter bör ha en eller flera utsedda hygienombud då god kunskap om rutiner är en förutsättning för patientsäkerhet och kvalitet. Hygienombud har en viktig roll i att förmedla kunskap gällande vårdhygien samt medverka vid hygienronder.
- Följsamhet till det samverkansdokument/riktlinje Hygienråd som är framtaget i samverkan med Region Gävleborg.

Förändrat arbetssätt mellan hälso- och sjukvårdskontoret och "Natt och larm"

Dokumentation i vårdplaner med fördelade åtgärder har implementerats för natt och larm vilket innebär att de kan ta del av viktig information som det tidigare ej funnits möjlighet till. De kan även signera digitalt gällande läkemedel.

Delegeringsprocess

Ett omfattande arbete för att kvalitetssäkra delegeringsprocessen gällande läkemedelshantering har genomförts. Arbetsgruppen har bestått av enhetschef från HSL samt fem SSK (sjuksköterskor) för att arbeta fram ett reviderat enhetligt delegeringsmaterial som alltid ska användas. Fem utbildningstillfällen har erbjudits till chefer inom Valfärd Gävle samt hemtjänstutförare enligt LOV för att ta del av information om delegeringsförfarandet, lagrum samt ansvar gällande läkemedelshantering.

Palliativ vård

Avvikelsehantering som berör palliativ vård i kommunal hälso- och sjukvård identifierar förbättringsområden inom den palliativa vården, vilket indikerar behov av utvecklingsarbete. Identifierade brister rör bland annat behov av förbättrad struktur, dokumentation och samverkan. Samverkan med Palliativa teamet planeras i början av 2026 med syfte att stärka kompetensen, förbättra arbetssätt och öka kvaliteten i vården i livets slut. Ett förbättringsområde är att verksamheten behöver arbeta mer systematiskt med uppföljning av resultat i Svenska palliativregistret.

4.3 Säker vård här och nu

Legitimerad personal och enhetschefer uppmärksammar och agerar på risker genom kontinuerliga bedömningar i det dagliga arbetet, särskilt vid förändringar i patientens hälsotillstånd, nya ordinationer eller övergångar mellan vårdgivare. Risker hanteras genom avvikelsehantering, daglig dialog samt användning av rutiner och checklistor. Förväntade risker är exempelvis fallrisk, fel i läkemedelshantering och trycksår, medan oväntade risker kan vara akuta försämringar, IT-störningar eller plötslig personalbrist. Åtgärder vidtas direkt genom justering av vårdplan, kontakt med ansvarig sjuksköterska och aktivering av kontinuitetsplaner vid behov.

Efter införandet av telefonsystemet Mitel MiContact Center (MICC) har kvaliteten och patientsäkerheten förbättrats avsevärt. Alla samtal kommer nu fram, vilket gör att insatser kan prioriteras utifrån patientens behov. Tidigare förekom flera allvarliga avvikelser där svårt sjuka patienter inte fick vård i rätt tid. Efter införandet av MICC har ingen sådan avvikelse inkommit/inträffat.

Under 2025 har hälso- och sjukvårdskontoret arbetat med att tydliggöra rutiner för ledningssjuksköterskans roll. En strukturerad introduktion har utformats och endast erfarna sjuksköterskor planeras in i rollen som ledningssjuksköterska. Detta har bidragit till en högre patientsäkerhet gällande rätt prioriterad vård samt bättre kontinuitet.

4.3.1 Riskhantering

Risk och konsekvensanalyser (ROK) som genomförts i Hälso- och sjukvårdskontoret under 2025:

- ROK - inför implementering av MICC.
- ROK - inför uppstart av lätthelgsschema
- ROK - inför återgång till teamområde rehabilitering.
- Inför sommarplanering 2025 förbereddes sommarplaneringen med utgångspunkt och erfarenhet från den tidigare sommaren 2024.

Rutiner finns för både riskbedömning och riskhantering. Riskbedömningar genomförs vid förändringar i verksamheten, exempelvis vid nya arbetssätt eller förändrade förutsättningar. Rutinerna omfattar identifiering av risker, bedömning av sannolikhet och konsekvens samt planering av åtgärder för att minimera riskerna. Vid behov görs kompletterande analyser och lärdomar från inträffade händelser används för att stärka riskhanteringen.

4.4 Säkra analys, lärande och utveckling

Individuella riskbedömningar

Kommunens hälso- och sjukvård ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det är en del i det vårdpreventiva arbetet och sker bland annat att genom ett strukturerat arbete med riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa. Risker och åtgärder dokumenteras i journal.

Resultat för antal riskbedömningar per riskbedömningsinstrument år 2025 har ej gått att få fram via " Enstaka åtgärd" i Treserva Hälsoärende efter en uppdatering, leverantören har ej kunnat lösa det. I slutet av 2025 påbörjades arbetet med att återinföra Senior alert som stöd för det vårdpreventiva arbetet och resultat kommer att kunna presenteras under 2026.

God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp.

Länets kommuner håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. För 2025 är täckningsgraden 53,07% gällande andel av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävleborgs län vilka rapporterades till registret. I jämförelse av täckningsgrad med övriga län så befinner sig Gävleborg på plats 18 av 21. Vid ett urval för Region Gävleborg tillsammans med folkbokförda i Gävle kommun är täckningsgraden 36,82%. Det är en försämring jämfört med 2024 (46,35%), 2023 (51,14%) och behöver tas hänsyn till vid tolkning av resultat.

En ny indikator är "Läkarbeslut palliativ vård" (Andel med ett dokumenterat läkarbeslut att vården övergår till palliativ vård i livets slutskede).

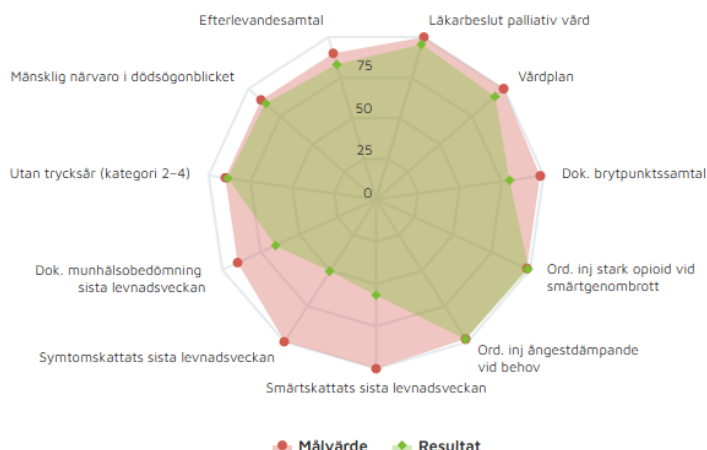
Det finns goda resultat för ett flertal indikatorer. Flera indikatorer har även ett något förbättrat resultat jämfört med föregående år för vård- och omsorgsboende/LSS kvarstående förbättringsområden är evidensbaserad smärtskattning, dokumenterad munhälsobedömning och symtomskattning. Gällande ordinärt boende med stöd av allmän hemsjukvård så syns förbättrat resultat jämfört med föregående år för evidensbaserad smärtskattning och brytpunktssamtal, medan någon indikator har något sämre resultat. Förbättringsområden är desamma som för vård- och omsorgsboende.

Urval: Gävle kommun, vård- och omsorgsboende/LSS, med stöd av allmän HSV, >65 år, N = 113

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2025-01 - 2025-12



Detta är en modifierad rapport



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

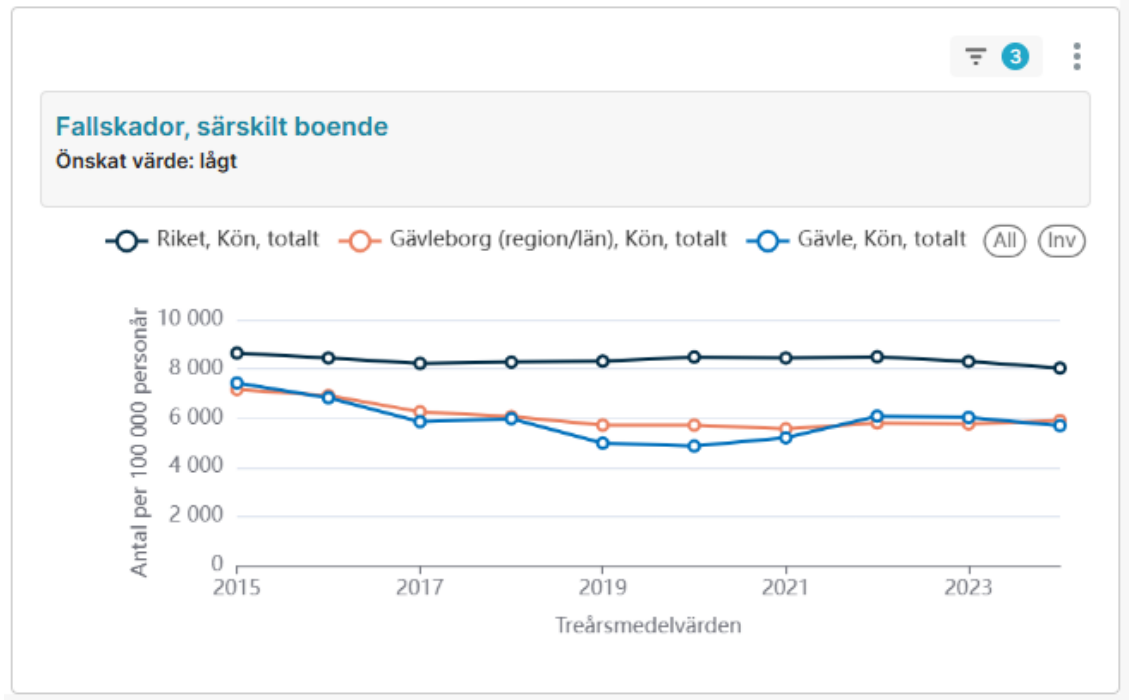
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarpalliativ vård	100,0	95,6
Vårdplan	100,0	92,9
Dok. brytpunktssamtal	98,0	79,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	99,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	98,2
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	56,6
Symtomskattats sista levnadsvecka	100,0	50,4
Dok. munhalsbedömning sista levnadsvecka	90,0	65,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	86,7
Efterlevandesamtal	90,0	83,2

Skyddsåtgärder

Statistik gällande antal och typ av skyddsåtgärder för år 2025 har ej gått att få fram via Power Bi efter en uppdatering i Treserva Hälsoärende, leverantören har ej kunnat lösa det.

Fallskador- Socialstyrelsen, kommunprofiler, God och nära vård

Enligt Socialstyrelsens statistik har Gävle kommun färre fallskador än Riket vid jämförelse. Måttet är "Fallskador med inskrivning i sluten vård per 100 000 personår för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre respektive för personer på särskilda boenden 65 år och äldre" Önskat värde är lågt och källan är: Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen



Rehabilitering

Vid en övergripande uppföljning av föreslagna aktiviteter utifrån tidigare arbete med Socialstyrelsens reflektionsmaterial/Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering, så kan noteras att flera aktiviteter påbörjats till exempel: Implementering av nationella vårdförlopp gällande rehabiliteringsplaner och basal demensutredning, struktur för en kontinuerlig utbildning i förflyttningskunskap för omvårdnadspersonal, återupptaget arbete med olika intressegrupper.

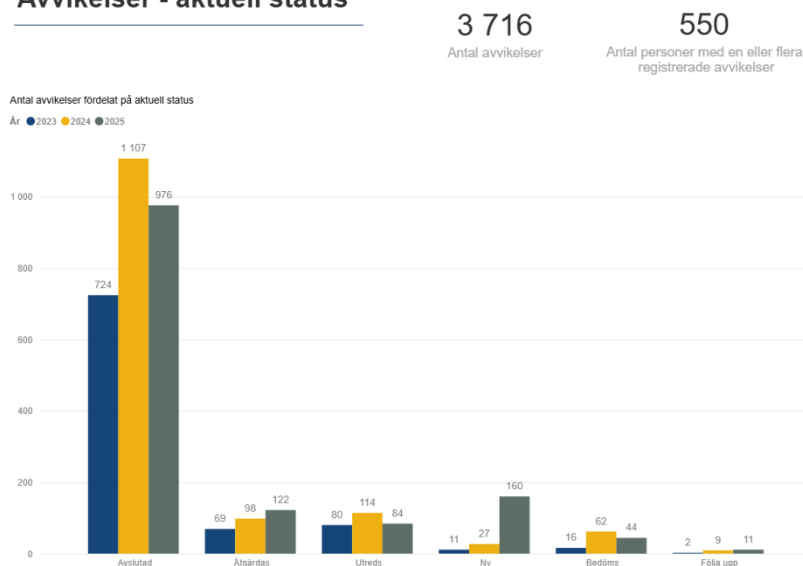
Rehabiliteringsplaner

Inom Valfärd Gävle så dokumenterar arbetsterapeuter och fysioterapeuter utredande och behandlande åtgärder i vårdprocesser vilka innehåller problem, mål, åtgärd och uppföljning. Dialog om mål med patient kan ske muntligt. Att erbjuda patienter rehabiliteringsplaner förekommer men ej frekvent. Det är heller inte vanligt att rehabiliteringsplaner medföljer i vårdkedjan. Via det länsgemensamma arbetet utifrån kunskapsstyrningen och vårdförloppet "Generisk modell för rehabilitering" så pågår ett utvecklingsarbete gällande generiska modellen och rehabiliteringsplaner. En länsgemensam rutin finns och även en webbutbildning. Respektive verksamhet är ansvarig för implementering. I arbetet sker uppföljning exempelvis via Socialstyrelsens KVÅ-koder.

4.4.1 Avvikelser

Avvikelser - Övergripande statistik för område LSS och Socialpsykiatri

Avvikelser - aktuell status



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

- ☐ Markera alla
- ☒ Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- ☒ Funktionsnedsättning SoL
- ☐ HSL
- ☐ Individ o familjeomsorg
- ☐ Äldreomsorg

Status

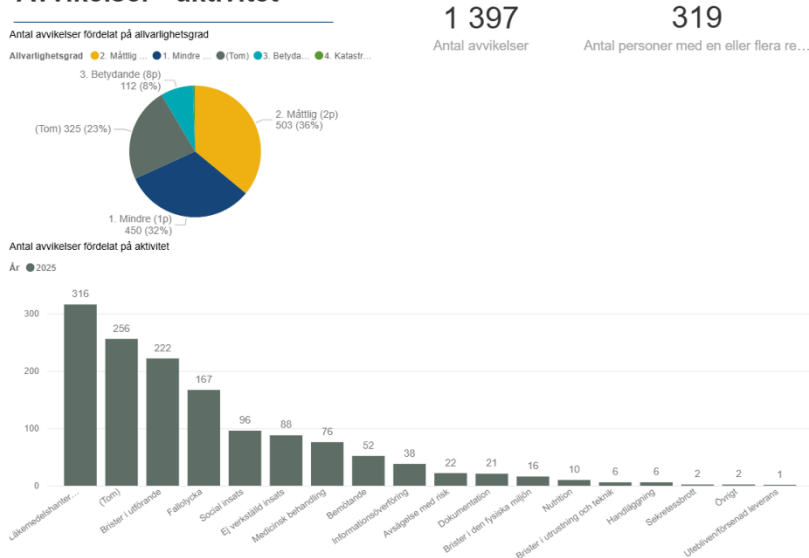
Alla

Tiden anger när avvikelsen inträffade. Status visar vart i flödet avvikelsen finns idag, det går alltså inte att se vid vilken tidpunkt avvikelsen flyttades mellan stegen.

Filteringen följer med mellan sidorna.

Data senast uppdaterat: 2026-01-1...

Avvikelser - aktivitet



Gävle kommun

År, Månad

2025

Verksamhet

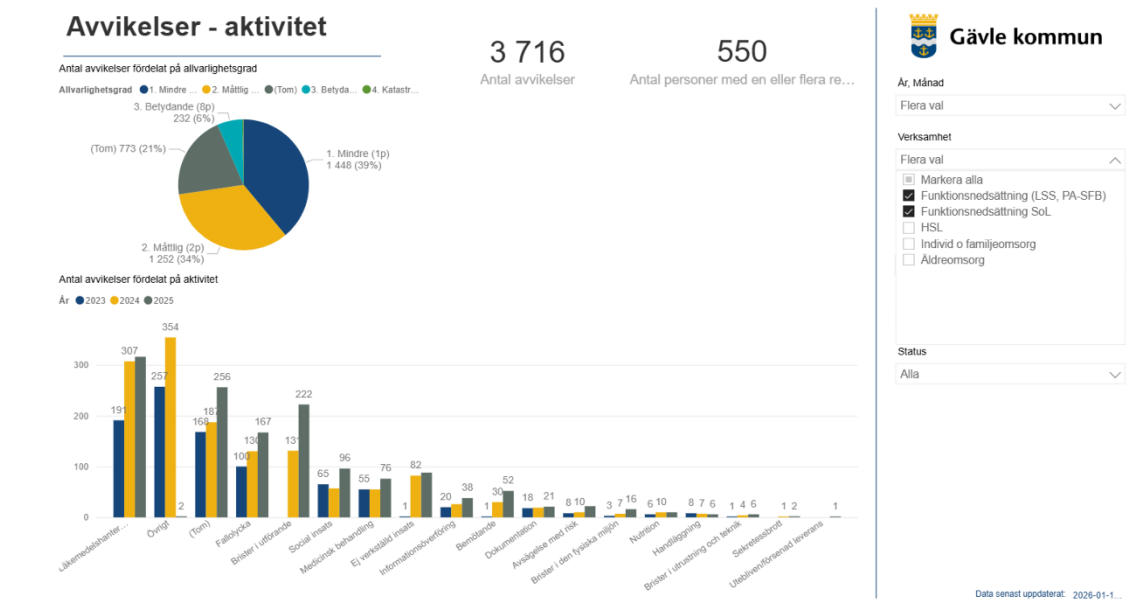
Flera val

- ☐ Markera alla
- ☒ Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- ☒ Funktionsnedsättning SoL
- ☐ HSL
- ☐ Individ o familjeomsorg
- ☐ Äldreomsorg

Status

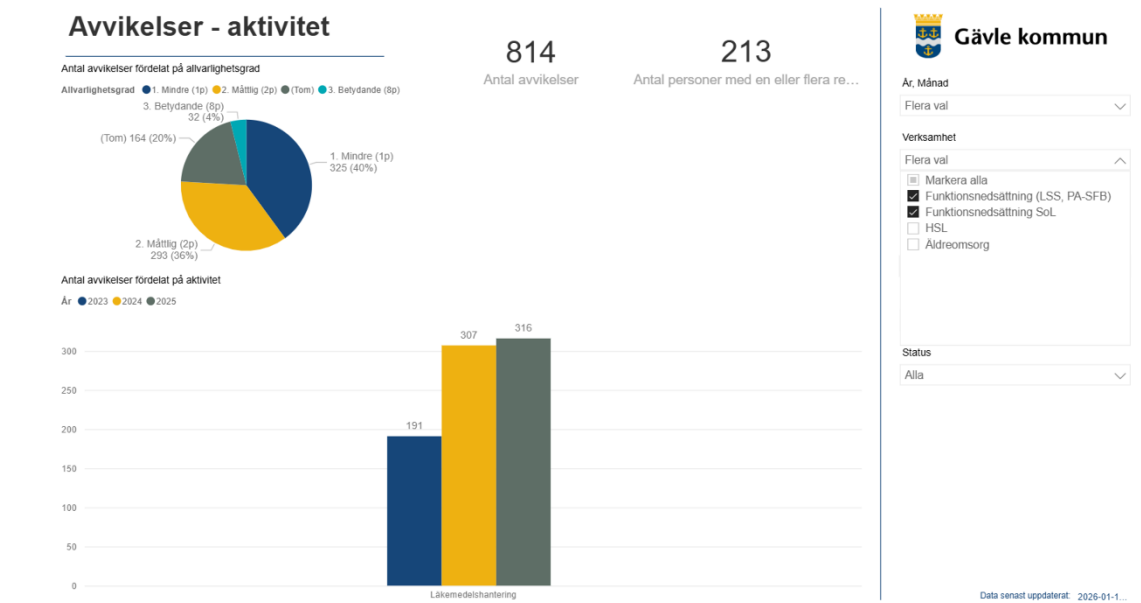
Alla

Data senast uppdaterat: 2026-01-1...



Avvikelser läkemedelshantering

Nedan bild visar statistik gällande läkemedelsavvikelser inom LSS och socialpsykiatri



Avvikelser fall

Enligt vårdhandboken kan en individanpassad, multiprofessionell och multifaktoriell fallprevention i team ge en 30–60% reduktion av antalet fall och det finns evidens för att fallprevention ger effekt i äldreomsorg och slutenvård. Den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade frakturer i ordinärt boende är fysisk träning i form av kombinerad balans- och styrketräning. För äldre i vård- och omsorgsboenden behövs individuellt anpassade multifaktoriella åtgärder. Koll på läkemedelsintag, säker miljö, ett lågt intag av alkohol och god nutrition kan också bidra till minskad fallrisk enligt Kunskapsguiden/Socialstyrelsen. Utifrån ovanstående är det av stor vikt att alla patienter erbjuds individuella riskbedömningar och åtgärder utifrån ett teambaserat arbetssätt och att läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin. Det är viktigt att alla professioner har kunskap och kompetens gällande fallprevention och

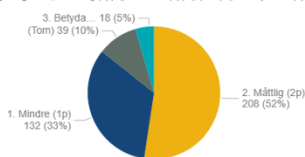
Socialstyrelsen erbjuder webbutbildningen ”Ett fall för teamet”.

Nedan bild visar statistik för fall inom LSS och socialpsykiatrin

Avvikelser - aktivitet

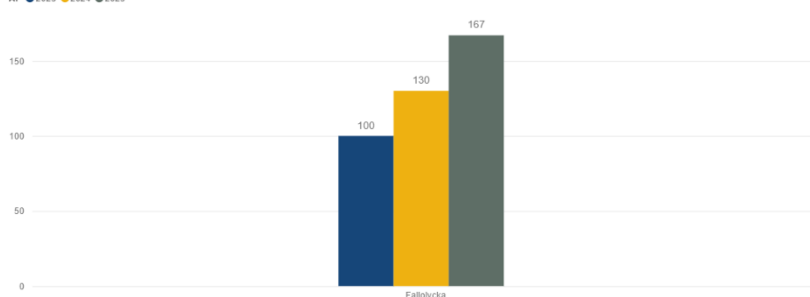
Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad 2. Måttlig (2p) 1. Mindre (1p) 3. Betydande (8p) (Tom)



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2023 2024 2025



397

Antal avvikelser

125

Antal personer med en eller flera re...



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

Markera alla

Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)

Funktionsnedsättning Sol

HSL

Aldremsorg

Status

Alla

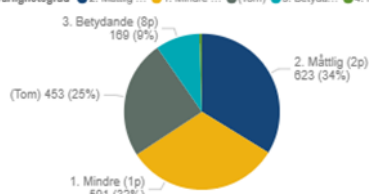
Data senast uppdaterat: 2026-01-1...

Avvikelser - Område LSS 2025 med jämförelse 2024

Avvikelser - aktivitet

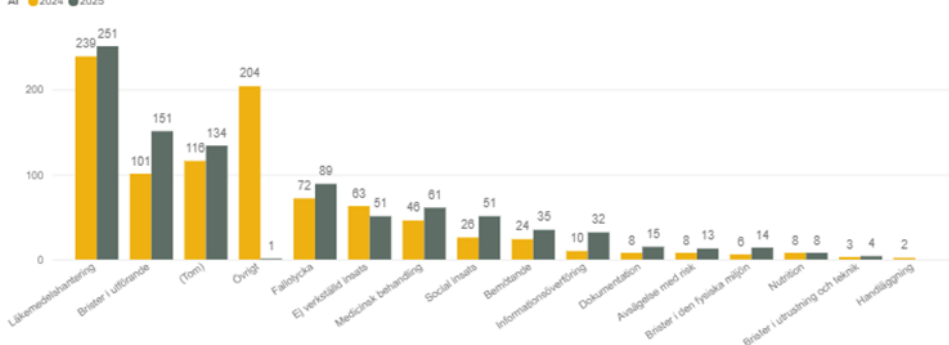
Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad 2. Måttlig (2p) 1. Mindre (1p) 3. Betydande (8p) 4. Katastr...



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2024 2025



1 846

Antal avvikelser

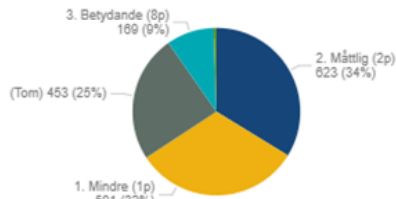
181

Antal personer med en eller flera re...

Avvikelser - tidpunkt

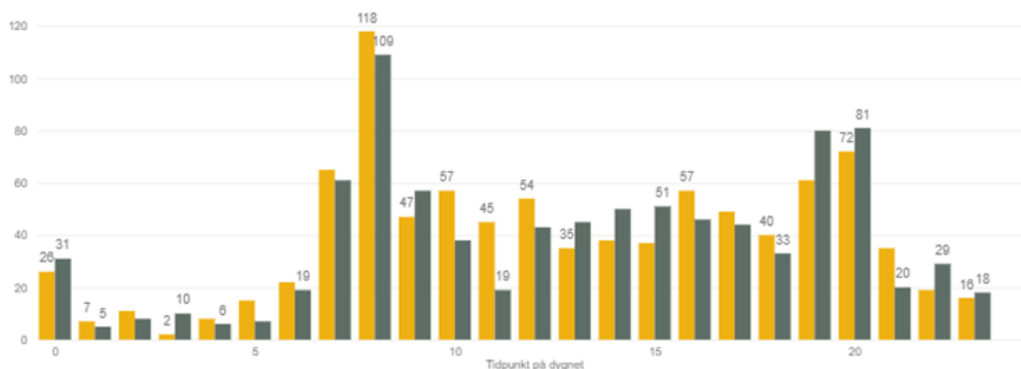
Antal avvikelser fördelat på allvarighetsgrad

Allvarlighetsgrad 2. Måttlig (2p) 1. Mindre (1p) 3. Betydande (3p) 4. Kataströf (4p)



Antal avvikelser fördelat på tid på dygnet

År 2024 2025



1 846

Antal avvikelser

181

Antal personer med en eller flera re...

Analys från verksamhetschef LSS

Läkemedelshantering, brister i utförande och fall är vanligast förekommande i verksamhetsområdet.

Gällande aktivitet övrigt – tydlig skillnad jämfört med 2024 – endast en registrerad på övrigt.

Det är fortsatt många avvikelser som har aktivitet tom.

När inträffar dessa avvikelser?

Merparten av avvikelserna sker kl. 08 och 20, i övrigt är det spritt över dygnet.

Var inträffar dessa avvikelser?

Kan ske överallt. Ofta där det är mycket liv och rörelse (många personer, kunder och personal).

Avvikelsen sker där insatsen sker, det kan vara i kundens hem, gemensamhetsutrymmen eller i samhället i samband med aktivitet.

Vem är involverad?

På vissa enheter är avvikelserna gällande en specifik kund. På de flesta enheterna ses inget sådant mönster.

När personal är involverad är det olika vem som är involverad, det beror generellt inte på anställningsform men förekommer i enstaka fall.

En identifierad orsak när personal är involverad är att personalen har arbetat på olika sätt.

För att sätta in åtgärder behöver analysen utreda vad detta beror på, varför händer detta?

Fallolyckorna beror på kundernas försämrade fysiska tillstånd/kroppsfunktioner

Hot och våldavvikelserna är svårt att identifiera orsakerna till.

Bristande följsamhet till rutiner

Ej känd rutin för läkemedelshantering

Lokalerna

Alla läser inte TES då det blir uppdaterade

Brist på delegerad personal

Kompetens-/informationsbrist

Språkförbistring, mänskliga faktorn, oaksamhet.

Kund glömmer att larma på personal när de vill ha hjälp med att resa sig

Analys i fritext

Antal avvikelser är ungefär lika under 2025 (910) jämfört med 2024 (890).

Den största ökningen ligger i kategori *Bristar i utförande*. Gällande läkemedel var antalet avvikelser under 2025 251 st och under 2024 var antalet 239.

Åtgärder

Hjälpmedel

Samarbete med arbetsterapeut och sjuksköterska

Medarbetare får handledning där behov finns

Risk- och konsekvensanalyser

Uppdaterade instruktioner, genomförandeplaner

Utbildningar

Nya/ändrade arbetssätt

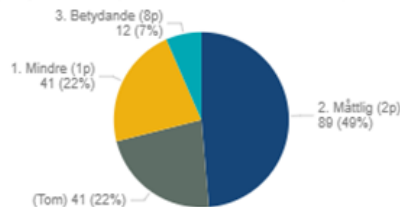
Tydliggöra rutiner, planering

Avvikelser- Område Socialpsykiatri 2025 med jämförelse 2024

Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad ● 2. Måttlig (2p) ● (Tom) ● 1. Mindre (1p) ● 3. Betydande (8p)



183

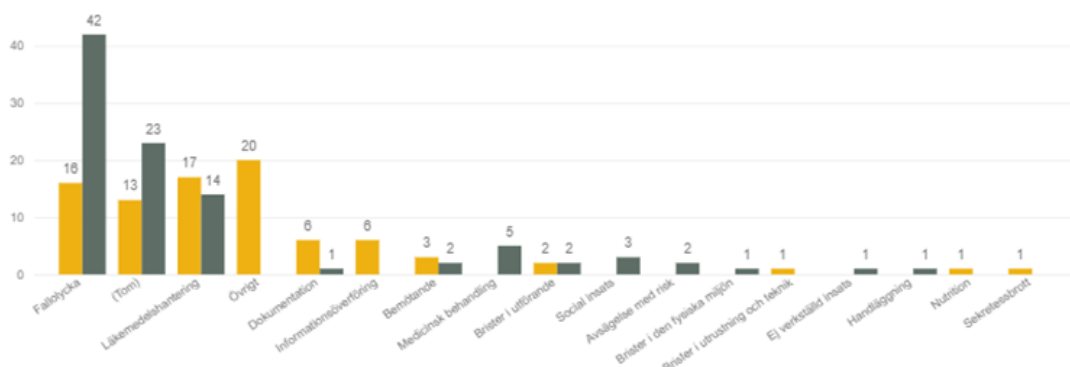
Antal avvikelser

47

Antal personer med en eller flera re...

Antal avvikelser fördelat på aktivitet

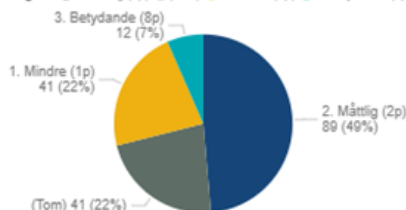
År ● 2024 ● 2025



Avvikelser - tidpunkt

Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad 2. Måttlig (2p) 3. Betydande (8p) 1. Mindre (1p) (Tom)



183

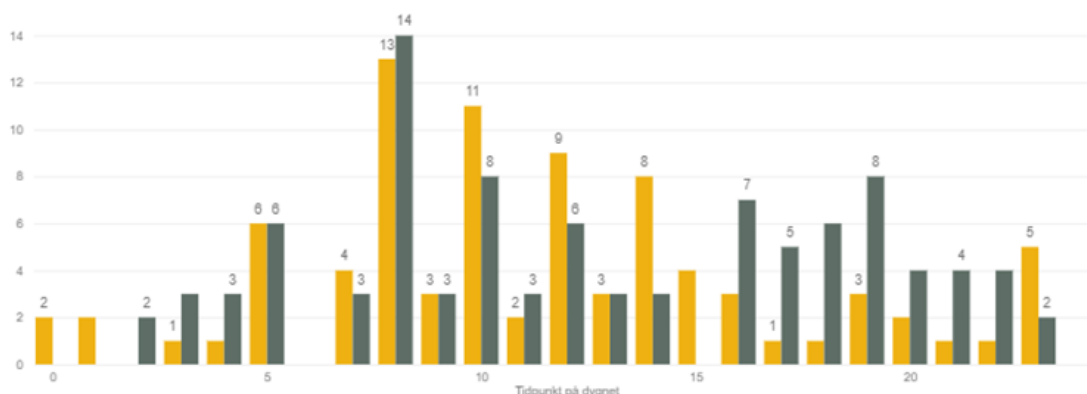
Antal avvikelser

47

Antal personer med en eller flera re...

Antal avvikelser fördelat på tid på dygnet

År 2024 2025



Analys från verksamhetschef Socialpsykiatri

Läkemedelshantering, fall och tom är vanligast förekommande i verksamhetsområdet.

Gällande aktivitet övrigt – tydlig skillnad jmf med 2024, ingen avvikelse registrerad med aktivitet övrigt.

Det är fortsatt avvikelser som har aktivitet tom, dessa har ökat från 13 till 23.

När inträffar dessa avvikelser?

Merparten av avvikelserna sker kl. 08, i övrigt är det spritt över dygnet. Fall sker oftast i samband med förflyttning eller sjukdom hos kund.

Vissa avvikelser gällande hot och våld uppstår när det inte är känd personal.

Var inträffar dessa avvikelser?

Avvikelsen sker där insatsen sker, det kan vara i kundens hem eller i samhället i samband med aktivitet.

Vem är involverad?

På de flesta enheterna ses inget mönster gällande att det är enstaka kund involverad, förutom på de enheter som har flera avvikelser som gäller fall.

När personal är involverad är det olika vem som är involverad, det beror generellt inte på anställningsform.

För att sätta in åtgärder behöver analysen utreda vad detta beror på, varför händer detta?

Avsaknad av/ej känd rutin för läkemedelshantering alternativt att man inte kontrollerar att kund tagit sina mediciner

Språkförbistring, mänskliga faktorn, oaksamhet.

Hög ålder, försvagad fysik hos kund

Kund glömmer att larma på personal när de vill ha hjälp med att resa sig.

Analys i fritext

Antal avvikelser är ungefär lika under 2025 (97) jämfört med 2024 (86).

Den största ökningen ligger i kategori *fall*. Gällande läkemedel var antalet avvikelser under 2025 något lägre jämfört med 2024.

Åtgärder

Åtgärder vid fall: larm och täta tillsyner

Medicindelning: påminna kund att ta medicin samt att vara noggrann att tillse att kund tar alla tabletter.

Åtgärder på individnivå för att minska fall, individuella riskbedömningar

4.4.2 Klagomål och synpunkter

I samverkan med regionens patientsäkerhetsenhet, patientnämnden, chefläkare och länets MAS-MAR så togs beslut gällande att ha gemensamma kategorier för avvikelser. Detta för att ha möjlighet att analysera typ av avvikelser/åtgärder. Denna ändring trädde i kraft vid halvårsskiftet.

Klagomål LSS

Verksamhetsområdet har tio klagomål under 2025.

Vad är vanligast förekommande bland verksamhetsområdets klagomål?

Anhörigs synpunkter på att kund inte har fått sina behov tillgodosedda genom insatser. Klagomål på utförandet.

Bristande städning inför visning av lägenhet.

När inträffar dessa händelser som föranleder klagomål?

Inget speciellt mönster, det är individuella situationer.

Var inträffar dessa?

I kundens lägenhet/rum, i gemensamma utrymmen, i samband med fritidsaktiviteter/sociala aktiviteter.

Vem är involverad?

Personal, anhöriga, kund.

För att sätta in åtgärder behöver analysen utreda vad detta beror det på, varför händer detta ofta?

Bristande samverkan

Bristande kommunikation

Analys i fritext

Klagomålen grundar sig på otydlig information, planering och bristfälligt hanterade förväntningar.

Åtgärder

Uppdatering och förtydligande av uppgiftsfördelning
Dialog

Klagomål Socialpsykiatri

Verksamhetsområdet har två klagomål under 2025.

Vad är vanligast förekommande bland verksamhetsområdets klagomål?

Oro i boendet
Störning

När inträffar dessa händelser som föranleder klagomål?

Inget speciellt mönster, det är individuella situationer.

Var inträffar dessa?

I boendet

Vem är involverad?

Kund och personal.

För att sätta in åtgärder behöver analysen utreda vad detta beror det på, varför händer detta ofta?

Analys i fritext

Klagomålen grundar sig på yttre påverkansfaktorer eller specifik person och problematiken har eliminerats efter vidtagna åtgärder.

Åtgärder

Viktigt att alltid se helheten vid placeringar/erbjudanden.

4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap

MAS och MAR har under 2025 genomgått utbildning i stabsmetodik samt varit med på träning av olika scenarion. Målet med utbildningen var att ge grundläggande kunskap i stabsarbete och stabsmetodik och/eller förstärka befintliga kunskaper samt för att kunna ingå i stab/tjänstgöra som stabschef/stabsmedlem med stöd av rollkort och checklistor.

En ändring i Hälso- och sjukvårdslagen gällande krisberedskap inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst (KHOS) är aktuell. Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Länets kommuner fortsätter arbetet både enskilt och gemensamt utifrån lagstiftning. För att öka förmågan att hantera en händelse som medför ett stort antal skadade behöver kommunerna stödja Region Gävleborg både i fredstid och vid höjd beredskap.

Kontinuitetsplaner finns framtagna inom hälso- och sjukvårdskontoret för kritiska områden såsom elavbrott, personalbortfall, extremväder, IT-störningar och avbrott i vattenförsörjning. Planerna är dokumenterade både digitalt och i pappersformat. De uppdateras årligen och revideras vid behov för att alltid vara aktuella.

Hälso- och sjukvårdskontorets medarbetare arbetar löpande med att höja riskmedvetenheten genom utbildning och dialog på APT. Kontinuitetsplanerna går igenom med personalen för att säkerställa att alla vet hur de ska agera vid störningar. Incidenter följs upp och riskanalyser görs för att identifiera förbättringsområden. Detta skapar en kultur av beredskap och lärande.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

MÅL 2026

Vårdprevention med stöd av Senior alert (fall, trycksår, undernäring, munhälsa)

Mål gällande genomförda riskbedömningar - mer än 90%

Mål gällande bakomliggande orsaker, åtgärdsplanering och utförda åtgärder - mer än 90%

Utbildning mat och måltider

Att enheter inom LSS/socialpsykiatri egen regi fortsatt skall erbjudas utbildning av NAD i mat, måltider och nutrition under 2026, precis som under 2025.

Nationella vårdförlopp

Att implementering av aktuella nationella vårdförlopp sker.

Medicintekniska produkter

Att hantering av medicintekniska produkter såsom mätutrustning, kommunägda hjälpmedel inklusive träningsutrustning uppfyller lagkrav.

Palliativ vård

Att uppnå nationella målvärden enligt Svenska palliativregistret där fokus 2026 är förbättrade resultat för symtomskattning, smärtskattning och munhälsobedömning sista veckan.

Avvikelsehantering

Att utifrån identifierade brister vidta åtgärder för att säkerställa en välfungerande avvikelsehantering inklusive fördjupad analys av resultat.

Läkemedelshantering

Fördjupad analys av avvikelser gällande läkemedelshantering inklusive att upptäcka och åtgärda omotiverade skillnader mellan enheter.

STRATEGIER 2026

Öka patientens delaktighet och partnerskap utifrån personcentrerad vård. Formulera mål i samverkan med patienten i vårdprocesser och rehabiliteringsplaner.

För att nå en hög patientsäkerhet är det systematiska arbetet viktigt. Detta arbete är uppbyggt på riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller. En lärande organisation – lära av positiva och negativa händelser. Hög patientsäkerhet förutsätter ett ständigt förbättringsarbete. I det arbetet är riskmedvetenhet, öppenhet och ett förebyggande förhållningssätt centralt.

Nära vård - fortsatt samverkan med länets samordnare för nära vård.

UTMANINGAR 2026

Systematisk uppföljning av resultat - att mäta för att veta.

Systematiskt kvalitetsarbete: riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller.

Att öka kunskapen om hälsofrämjande förhållningssätt och rehabiliterande arbetssätt för olika yrkeskategorier.

Kompetensförsörjning gällande sjuksköterskor är utmanande och leder till svårigheter rörande kompetensutveckling, kontinuitet och följsamhet till rutiner. Detta kan i längden

riskera patientsäkerheten. Det finns behov av att öka andelen anställda sjuksköterskor och minska andelen inhyrda.

Att minst 90% av sjuksköterskorna ska ha genomgått den digitala utbildningen gällande förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel under 2026.