



# Patientsäkerhetsberättelse

---

Omvårdnadsnämnd  
2025

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b>	<b>4</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b>	<b>5</b>
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	16
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b>	<b>17</b>
4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador	17
4.2 Tillförlitliga system och processer	18
4.3 Säker vård här och nu	22
4.3.1 Riskhantering	23
4.4 Säkra analys, lärande och utveckling	23
4.4.1 Avvikelse	34
4.4.2 Klagomål och synpunkter	41
4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap	42
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>43</b>
<b>Bilagor</b>	
<i>Bilaga 1: Egen regi enkät PSB 2025</i>	
<i>Bilaga 2: Externa utförare enkät PSB 2025</i>	
<i>Bilaga 3: Journalgranskning - vård och omsorgsboende 2025(25ON507-1) (0)</i>	

# 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 Omvårdnadsnämnden 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.

Under året har flera aktiviteter gällande nutrition ägt rum. En nattfastemätning har genomförts med gott resultat, journalgranskning har gjorts av 20 journaler inom vård- och omsorgsboende egen regi och fyra utbildningstillfällen för nutrition har ägt rum. Målsättningen att alla sjuksköterskor skulle genomgå lärarledd nutritionsutbildning visade sig inte vara möjlig att uppnå. Detta berodde på att det saknades personella resurser för att frigöra sjuksköterskor i den planerade omfattningen. Ekonomiska medel fanns tillgängliga, men det var inte möjligt att avvara personal från den dagliga verksamheten för utbildningsinsatsen.

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.

Arbete pågår för fortsatt implementering av de nationella vårdförloppen och de länsgemensamma rutinerna gällande rehabiliteringsplaner och basal demensutredning.

Välfärd Gävles demenssamordnare har deltagit i arbetet för ett framtagande av en lokal demensstrategi inom Välfärd Gävle.

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 delegeringsrutinen har uppdaterats. 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/MAR 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.

### **Omvårdnadsnämnd**

Omvårdnadsnämnden 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 vilket 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 Omvårdnadsnämnden 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 avlösningplatser och ett antal korttidsplatser.
- Det femte och nytilkomna 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.

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 utförarmöten för externa vård- och omsorgsboenden och hemtjänstutförare. Verksamhetschef HSL deltar vid behov på utförarmöte 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 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 gruppboendestäder.

2025 var Selggrenska gården nominerade av Oral Care då verksamheten särskilt utmärkte sig gällande sitt arbetssätt inom god munhälsa.

### **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 en 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 bl a 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. Avvikelse 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 samhällets 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**

Hjälpmedelgruppen är utsedd av Länsledning välfärd 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, Välfärd 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 slutenvård och/eller vid inskrivning till hemsjukvård, där patient och närstående medverkar för en trygg planering utifrån 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 (vård- och omsorg) och TES (planeringssystem Trygghet, Enkelhet och Säkerhet), 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 Valfärd 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 Hamrånge Din HC.

Checklistan för patientsäkerhetsdialog har gått igenom. Följande områden och punkter diskuterades vidare inom ramen för mötet och ligger till grund för beslut om förbättringsförslag och åtgärder.

HC/SÄBO samverkan - återkommande lokala samverkansmöten. Samverkan har påverkats av läkarbrist.

Hembesök brytpunktssamtal, 0-HLR- samtal - förbättringspotential samt behov av mer struktur.

Årsbesök och läkemedelsgenomgång - ska genom föras vid samma tillfälle för att

säkerställa god kvalitet.

Diabetespatienter/ Fotundersökningar - utöka samverkan med diabetessjuksköterska på hälsocentralen för stöd.

Välfungerande samverkan gällande - akuta besök, hypertoni-patienter, rehabteamet, demensområdet, patienter med fallrisk.

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 lyfts 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. Stämgafläns 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 ett 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.

Fem anmälningar enligt Lex Maria har lämnats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under år 2025

Anmälan enligt Lex Maria gällande risk för allvarlig vårdskada. En enskild placerades i halvt sidliggande med stödkil och vid senare tillsyn fann omvårdnadspersonal den enskilde nästan i magläge. Den enskilde drabbades ej av skada men var påverkad av händelsen. Beslutade åtgärder omfattar till exempel handledning/utbildning och utformning av gemensamma instruktioner med bilder. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder.

Anmälan enligt Lex Maria gällande risk för allvarlig vårdskada. En enskild hade ordinerad behandling med hård nackkrage 24 h/dygn från specialistvården. Vid besök av hemtjänst hade den enskilde börjat ta av sig nackkragen och ville ha hjälp att ta av sig den vilket den enskilde fick. Närstående upptäckte detta och tog kontakt med legitimerad personal. Den enskilde fick hjälp att åter placera nackkragen. Den enskilde drabbades ej av skada i samband med händelsen. Beslutade åtgärder omfattar till exempel Information/handledning, utveckling av språkstöd, samt checklista/frastext för legitimerad personal. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder.

Anmälan enligt Lex Maria gällande risk för allvarlig vårdskada. En enskild hade ordinerad behandling med hård nackkrage 24 h/dygn från specialistvården. Den enskilde tog av sig nackkragen sent på kvällen i nära anslutning till ett skiftbyte mellan hemtjänstens kvälls- och natt-vak. Det var först på morgonen när ordinarie personal påbörjade sitt arbetspass som legitimerad personal kontaktades så att den enskilde fick hjälp att åter placera nackkragen. Den enskilde drabbades ej av skada i samband med händelsen. Beslutade åtgärder omfattar till exempel att tydliggöra risker vid behandling med hård nackkrage, genomgång av rutiner, språkstöd och att förankra arbetssätt gällande journaldokumentation. IVO har avslutat ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Två stycken anmälningar enligt Lex Maria gäller att en sjuksköterska vid ett vård- och omsorgsboende ej har följt läkarordinationer vid två olika tillfällen. IVO har ej tagit beslut i dessa.

#### 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 gällandevård 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

#### Journalgranskning

Under 2025 granskades 20 journaler inom vård- och omsorgsboenden utifrån målet för 2025 att nutritionsbehandling ska följa vårdprocessen för nutrition med riskbedömning, utredning, diagnos/problem, val av åtgärd samt uppföljning/utvärdering. Resultatet presenteras här nedan i tabellform.

Fråga	Andel svar "ja" (%)
Finns aktuell vikt på patienten?	80%
Finns aktuell längd på patienten?	55%
Är BMI uträknat?	40%
Har patienten riskbedömts för undernäring inom de senaste 6 månaderna?	65%
Riskbedömning med utfall risk för undernäring	30%
Finns det insatta åtgärder för dem med risk?	83%
Finns individuell vårdplan för dem med risk?	77%
Finns plan för uppföljning?	100%
Finns mål med behandlingen?	100%

Journalgranskningen visade att man i hög utsträckning får insatta åtgärder samt en vårdplan upprättad vid upptäckt risk för undernäring. Den visade också att det alltid finns mål och en plan för uppföljning av behandlingen. Att endast 65% hade fått en riskbedömning inom de senaste 6 månaderna visar på att förbättringspotential finns på området. Senior Alert kommer bidra till ett mer strukturerat arbetssätt kring riskbedömningar. Att ha med sig i analysen är att journalgranskningen har endast tittat på 20 individers journal och därmed kan siffrorna i en större population se annorlunda ut.

## Nattfasta

Nattfastan är en del i utredningen kring undernäring och ska mätas individuellt inom varje nutritionsutredning för att ge värdefull information om dygnets måltidsfördelning. Nattfastan mäts också på gruppnivå årligen inom både egen och extern regi.

Nattfastan skall inte överstiga 11 timmar för patienter på vård- och omsorgsboende inom Valfärd Gävle. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan.

2025 års mätning visar att 88% av kunderna har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Positivt för mätningen var att resultatet var det högsta sedan nattfastan började mätas, dock är målet på 100% inte uppnått. För mer info om nattfastemätningen hänvisas till *Nattfasterapport 2025 Dnr 25ON327*.

## Mat och måltider

På vård- och omsorgsboende finns kostombud som har till uppgift att vara extra drivande kring mat och måltider på sin avdelning samt lära upp ny personal och vikarier. Att kostombud finns är också en nationell indikator från Socialstyrelsen för att bidra till att uppfylla HSL:FS 2022:49 (Att förebygga och behandla undernäring). Kostombudsmöten hålls minst fyra gånger per år på varje enhet. På kostmöten behandlas allt som rör maten och måltidssituationen. Under 2025 har det gjorts omtag kring ombudsrollen där enhetschefer blivit ombedda att se över vilka som är kostombud för att vid behov utse nya personer som kanske har ett större driv och intresse kring mat och måltider. Utifrån detta valde ett vård- och omsorgsboende att utöver ordinarie kostmöten utbilda sina kostombud inom livsmedelshygien, näringslära och nattfasta under en halvdag.

Under 2025 har två hemtjänstutförare utbildats inom nutrition av NAD. En utav utförarna valde även att anordna ett tillfälle där kunder fick möjlighet till utbildning i samma ämne.

## Nutritionsutbildning

Vid fyra tillfällen genomfördes utbildning för totalt 34 sjuksköterskor från Gävle kommun (knappt hälften av totalt antal anställda sjuksköterskor, egenanställda och hyrpersonal). NAD genomförde tre utav dessa och vid ett tillfälle genomfördes utbildning i samverkan med Högskolan i Gävle där NAD arbetat i ett forskningsprojekt. Under en halvdag på HiG gavs utbildning av NAD samt av ytterligare en dietist. Även diskussionsgrupper kring nutrition ägde rum. Som tidigare nämnt var brist på personella resurser anledningen till att fler sjuksköterskor inte kunde genomföra utbildningen som planerat och därav fick två utbildningstillfällen ställas in. Utbildning kommer fortsatt erbjudas på förfrågan under 2026.

## Nutritionsfrågor i enkäten

Frågorna som ställdes gällande nutrition var:

- Är Rutin för nutritionsbehandling med kopplade bilagor är känd och tillämpad?
- Har sjuksköterska har tillräckligt med tid för en heltäckande nutritionsutredning?
- Får alla med risk för undernäring får en vårdplan upprättad?
- Har patienter med kosttillskott aktuell ordination?
- Skrivs remiss till logoped när patient har tugg- och svälj svårigheter?

Svarsalternativen var "Ja", "Nej" och "Delvis" på samtliga frågor utom den sista där alternativen gick från "Alltid" till "Aldrig". Egen regins samtliga geografiska områden har svarat "Delvis" på alla frågor utom den sista, där man anger att remiss alltid skrivs till logoped. Att man svarat "Delvis" på majoriteten av frågorna tyder på att arbetet inom nutritionsområdet har utmaningar och detta har tidigare i texten förklarats utifrån den bemanningssituation som råder.

Gällande externa utförare (OBS både VÅBO och LSS) ser svaren ut som följande:

16 av 17 svarande svarar "ja" på frågan om rutin för nutrition är känd och tillämpad. En svarade "nej".

9 av 17 svarar "ja" på frågan om sjuksköterska har tillräckligt med tid. 6 av 17 svarar delvis och 2 av 17 svarar "nej".

16 av 17 svarar att man får en vårdplan upprättad vid risk för undernäring. En svarade nej.

7 av 17 svarade "ja" på att man har aktuell ordination vid kosttillskott. För resterande svarande var inte frågan aktuell (kosttillskott används sällan inom LSS)

14 av 17 svarade "alltid" på om remis skrivs till logoped. 3 av 17 svarade "Aldrig". Här saknades alternativet "ej aktuellt" vilket kan ha lett till att man valde aldrig om ätsväljbarigheter inte förekommer i verksamheten.

## **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.

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

Mätning på vård- och omsorgsboenden

Antal granskade journaler: Forellplan 118 st, Furugården 115 st, Hemlingborg 67 st, Solgårdsgatan 43 st, Vallongården 47 st, Gävle strand 67 st, Ängslyckan 25 st, Hilleborg 47 st, Solberga 36 st, Fleminggatan 18 st, Selggrensgården 11 st.

Oxazepam används ofta vid behov för ångest och oro,

Risperidon är det vanligaste antipsykotiska läkemedlet

Stora skillnader mellan boenden kan tyda på varierande behandlingspraxis eller på själva allmäntillståndet hos patienterna.



### Extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) har det under 2024 genomförts externa kvalitetsgranskningar av de läkemedelsförråd som finns i hemsjukvården. Den externa kvalitetsgranskningen genomförs i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet. Egenkontroll görs av verksamheten inför granskningen men uppföljning sker även av den senast genomförda kvalitetsgranskning. Handlingsplan upprättas av ansvariga för verksamheten och lämnas till MAS.

När det gäller verksamheter i privat regi så sker kontroll av MAS gällande att även dessa verksamheter har genomfört en extern kvalitetsgranskning.

Förbättringsområden som framkommit i tidigare granskningar har även under 2025 noterats finnas kvar enligt det som framkommit i den externa kvalitetsgranskningen:

- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning
- Följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotika
- Följsamhet till samverkansdokumentet/riktlinjen Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Revisorerna genomförde under år 2023 en granskning avseende hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Granskningen påvisade ett antal brister och lämnade ett antal rekommendationer riktade till ansvarig nämnd, Omvårdnadsnämnden. En uppföljande granskning genomfördes under 2025. Vilket resulterade i rekommendationer till Omvårdnadsnämnden. Vissa av dessa finns med i patientsäkerhetsberättelsen under mål för 2026.

### Hygien

Hygienronder har under 2025 genomförts inom hemtjänstområden både intern regi samt hos de externa LOV-utförarna, på vissa vård och omsorgsboenden samt i lokaler där hemsjukvård bedrivs.

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 - lokalflytt från Skolgången till Flemminggatan lokal Urnan.
- 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**

### **Journalgranskning av medicinskt ansvariga MAS/MAR.**

Under år 2025 genomfördes en journalgranskning inom verksamhetsområde vård och omsorgsboende. Resultatet kan ha påverkats av att journalsystemet Treserva uppgraderades till en ny version under första delen av året, Treserva hälsoärende.

Övervägande del av vårdprocesserna uppfyllde granskningskrav. Det är relativt hög till hög följsamhet avseende dokumenterade/aktuella riskbedömningar. Det är relativt hög till hög följsamhet gällande att inhämta samtycken samt hög följsamhet gällande dokumentation av läkemedelsgenomgångar vid årskontroll. I cirka hälften av patientjournalerna finns hälsohistoria delvis dokumenterad och i resterande saknas den, detta beror troligen på att hälsohistoria inte migrerats över vid övergången till Treserva Hälsoärende. Diagnoser finns dokumenterade, men källa saknas. Det framgår av dokumentationen vem som ansvarar för läkemedelshanteringen men det saknas

dokumentation om vilken läkare som tagit beslutet gällande övertag av läkemedelshanteringen.

### **Kollegial journalgranskning**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering önskade för år 2025 att kollegial journalgranskning skulle omfatta granskning utifrån övergången till Treserva Hälsoärende samt i tillägg hjälpmedelsprocesser. Dokumentationsgruppen har bifogat resultatet till MAS och MAR. Vissa granskade journaler kan spegla tidpunkter där alla nya lathundar för Hälsoärende ej var färdiga samt utifrån tillgängligt användarstöd. En lärdom kan vara att granska vårdprocesser även utifrån team då det för vissa vårdprocesser sker dokumentation från fler än en legitimerad profession och viss dokumentation då kan se ut att saknas om granskning sker utifrån specifik profession.

#### *Kollegial journalgranskning arbetsterapeuter*

Dokumentationsgruppens arbetsterapeuter har sammanlagt granskat sexton journaler varav åtta från hemsjukvård och åtta från vård- och omsorgsboende. Antalet granskade hjälpmedelsprocesser var tretton. Dokumentation sker i framför allt i vårdprocesser. Gällande frågan om dokumentation sker under rätt vårdprocess blev bedömningen varierande från ja till delvis och nej. Resultatet gällande om rätt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) valts blev delvis, mest förekommande av orsaker är att dokumentationen sammanfattats under en KVÅ och ej delats upp. Gällande dokumentation av hjälpmedelsprocessen finns förbättringspotential.

#### *Kollegial journalgranskning fysioterapeuter-sjukgymnaster*

Dokumentationsgruppens fysioterapeuter-sjukgymnaster har granskat samma sexton journaler. Antalet granskade hjälpmedelsprocesser var sju. Dokumentation sker framför allt i vårdprocesser och i stort sett i rätt respektive vårdprocess. Resultatet gällande om rätt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) valts blev delvis, mest förekommande av orsaker är att dokumentationen sammanfattats under en KVÅ och ej delats upp. Gällande dokumentation av hjälpmedelsprocessen finns förbättringspotential.

#### *Kollegial journalgranskning sjuksköterskor*

Dokumentationsgruppens sjuksköterskor har utfört granskningen av ett slumpmässigt antal utvalda journaler. Syftet var att granska om dokumentationen sker i "rätt" vårdprocess utifrån att sättet att dokumentera i patientjournal har ändrats efter uppgradering av verksamhetssystem.

- Brister fanns gällande att processer ej upprättades enligt den "lathund" som finns som stöd.
- Ej rekommenderade KVÅer användes relaterat till att upprättade "lathundar" och rutiner ej följts.

Sammanfattningsvis noteras att den utbildning som finns i kompetensen, rutiner, dokumentationsguide samt "lathundar" ej har följts i önskvärd omfattning.

### **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.



Ett projekt för rehabilitering och förebyggande träning i hemmet med hjälp av digital teknik har påbörjats vilket kommer fortsätta under 2026.

Flera utvecklingsarbeten är påbörjande där medarbetare ingår i intressegrupper för:

- Arbetsbeskrivning/gemensamt arbetssätt
- Förflyttningsutbildning
- Uppdatering av ledningssystemet
- Dokumentationsgrupp Hälsoärende
- Kognition
- Kliniska undersökningar

En förändring har skett under senare del av år 2025 där alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster åter är organiserade under en egen enhetschef i teamområde Rehabilitering. Verksamheten upplever att det underlättar arbete med verksamhetsfrågor för rehabiliteringsprofessionerna.

I svar från enkät inför patientsäkerhetsberättelsen framgår att det endast sporadiskt finns tid för arbetsterapeuter att utföra bedömningar av aktivitetsförmåga när behov föreligger. Det är en försämring jämfört med tidigare år. Upplevelsen är att större andel av arbetstiden åtgår till andra prioriterade uppgifter. För fysioterapeuter uppges att det oftast finns tid att utföra bedömning av funktionsförmåga när behov föreligger. När det gäller erbjudande av träning eller behandling så är svaren gällande både arbetsterapeut och fysioterapeut att det oftast är möjligt att erbjuda och i ett svar gällande fysioterapeuter att det alltid är möjligt.

### *Rehabiliteringsplaner*

5 § Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 § erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Kommunen ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan när insatser som avses i första stycket erbjuds. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

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. Resultat för 2025 och 2024 visas nedan.

*\* Kryss i statistik nedan påvisar att registreringar finns i kategorier men att antal åtgärder är så pass få (per tertial) att de sekretess-kryssas för att inte riskera att peka ut enskilda personer.*

Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ): Socialstyrelsen år 2025

Kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), Gävle, båda könen, Ålder 65 och uppåt, 2025			
KVÅ-kod	2025		
	jan - apr	maj - aug	sep - dec
AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan	X	X	--
AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan	X	--	--
AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan	--	--	--
AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård	--	X	--
AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan	X	--	--

Senast uppdaterad: 2025-12-18 (års- och tertialsuppgifter 2024, tertialsuppgifter jan - aug 2025).

## Jämförelse med år 2024

Kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), Gävle, båda könen, Ålder 65 och uppåt, 2024			
KVÅ-kod	2024		
	jan - apr	maj - aug	sep - dec
AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan	--	--	--
AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan	X	X	--
AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan	--	--	--
AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård	--	--	--
AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan	X	--	--

Senast uppdaterad: 2025-12-18 (års- och tertialsuppgifter 2024, tertialsuppgifter jan - aug 2025).

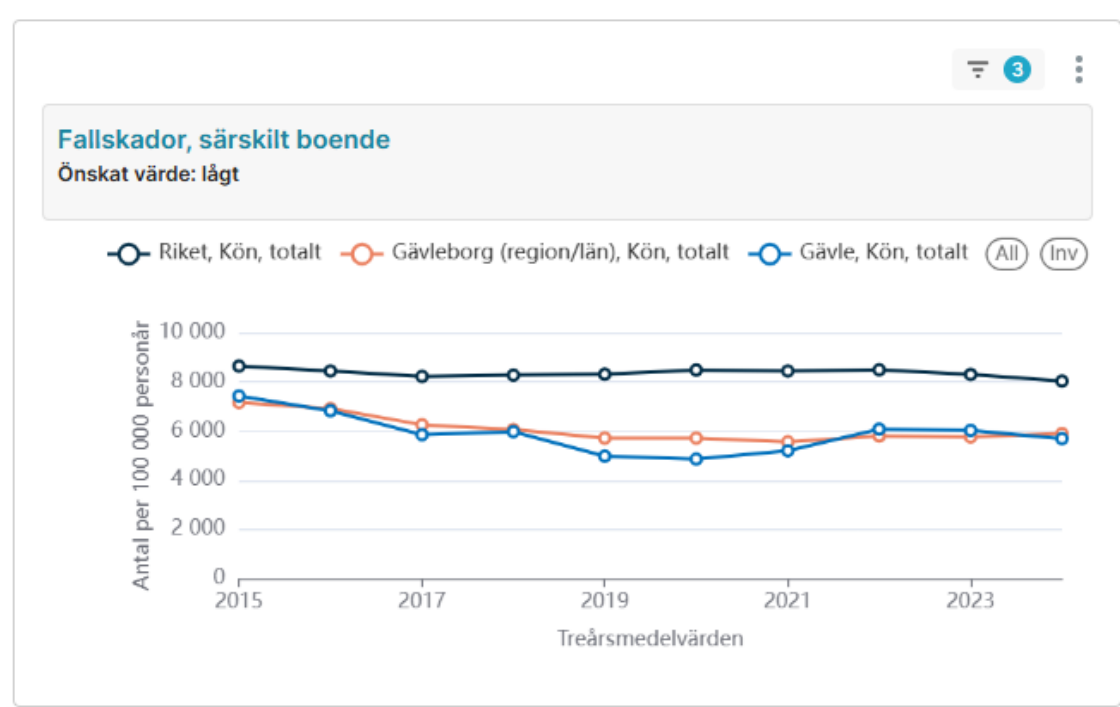
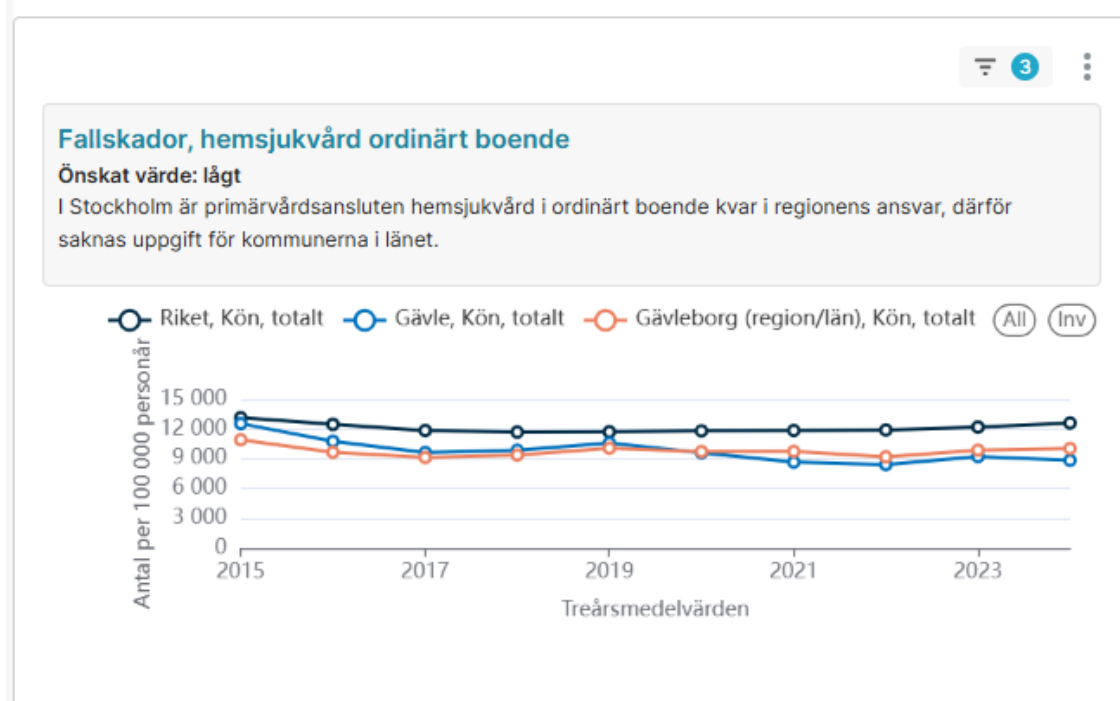
## Individuella riskbedömningar

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

## 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



## God vård vid demenssjukdom – BPSD-registret

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD), det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Ca 97 procent av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdom, men även för närstående och vårdpersonal.

Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory NPI som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista och därefter vidtas åtgärder. Efter överenskommen tid görs utvärdering då hela processen genomförs igen.

Figur 4. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.



Antal registreringar i BPSD-registret (samtliga utförare i Gävle kommun)

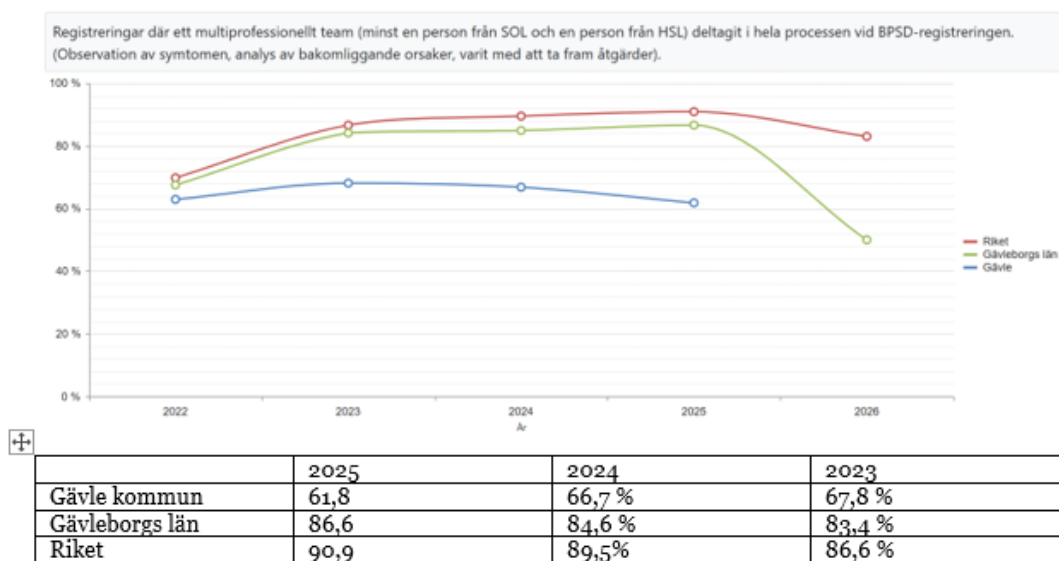
	2025	2024	2023
Antal registreringar	588	502	413
Antal registrerade personer	366	362	364

*Multiprofessionellt teamarbete (prioritetsgrad 1 i de nationella riktlinjerna) samtliga utförare i Gävle kommun*

Med multiprofessionellt teamarbete menas att minst en HSL-personal och en SoL-personal har deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. Här har det skett en minskning senaste året till skillnad från riket och länet där det skett en ökning.

Här finns ett stort och viktigt utvecklingsbehov. Målet bör vara minst 90 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat i arbetet med BPSD där HSL-personal

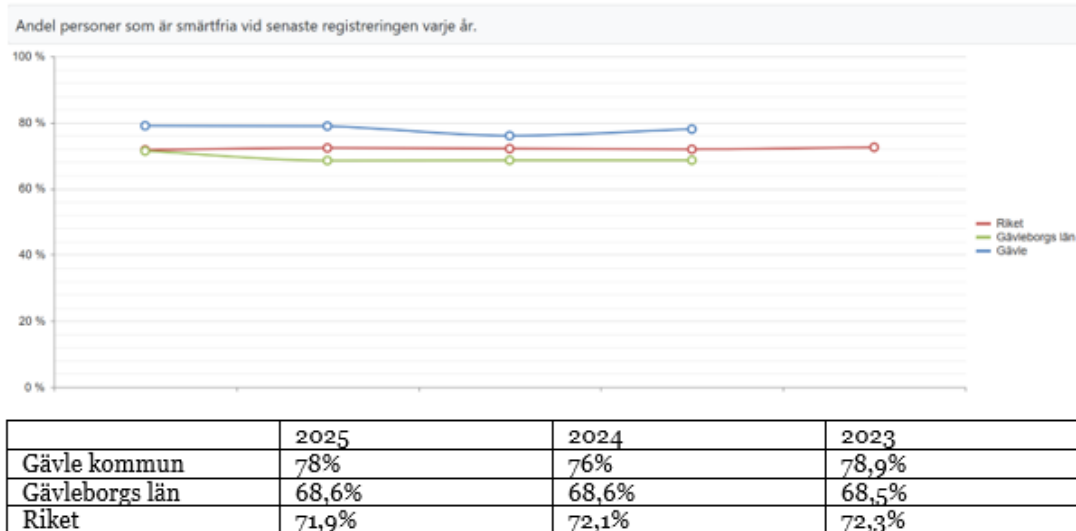
deltagit.



### Smärtfrihet (uppgift från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Smärta är en vanlig orsak till BPSD och behöver behandlas adekvat. Tyvärr är det inte ovanligt att personen i stället behandlas med lugnande-alternativt antipsykotiska läkemedel utifrån de symtom och beteenden som smärtan orsakar.

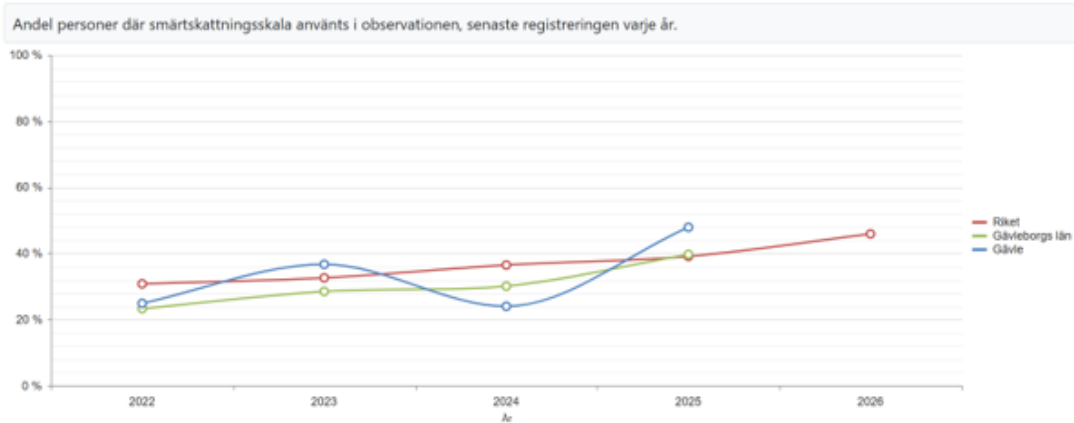
*Andel registrerade personer med bedömd smärtfrihet* (uppgifter från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer). Gävle ligger då högre än både länet och riket.



### Smärtskattningsskala

Det är viktigt att använda smärtskattningsskalor för att så långt det är möjligt kvalitetssäkra bedömning av smärta då målgruppen demenssjuka kan ha svårigheter att själv uttrycka sig om eventuell smärta.

Vad det gäller användning av smärtskattningsskala så har det ökat med ca 100 % under året och har en högre användningsgrad än både riket och länet. Det finns dock fortfarande utvecklingspotential.

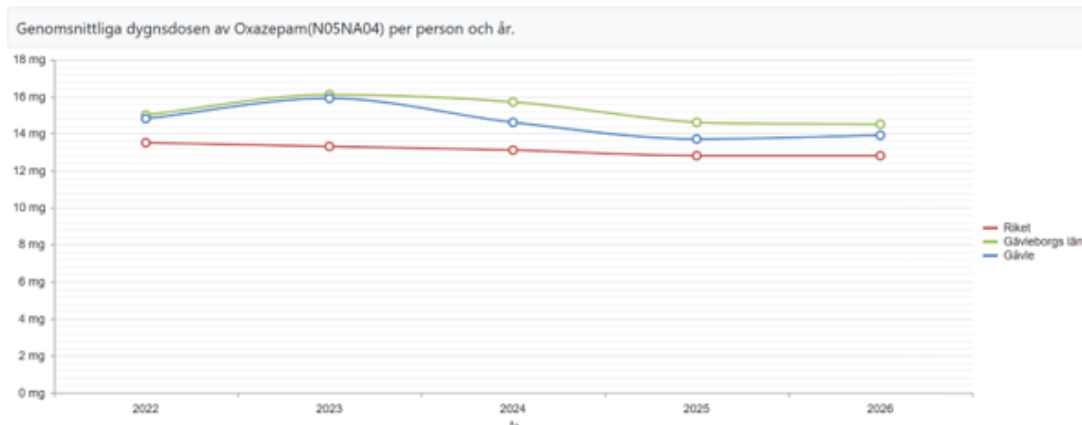


Andel personer där smärtskattningsskala använts

	2025	2024	2023
Gävle kommun	47,9%	24,0%	36,7%
Gävleborgs län	39,7%	30,1%	28,5%
Riket	39,1%	36,5%	32,6%

### Lugnande läkemedel

Genomsnittliga dygnsdosen av ordinerad Oxazepam (lugnande läkemedel t ex oxascand, sobril) per person och år: Behovsmedicinering som är relativt vanligt förekommande ingår inte, då den statistiken inte finns med i BPSD-registret.



	2025	2024	2023
Genomsnitt dygnsdos / andel personer Gävle kommun	13,7 mg / 17,7 %	14,7 mg / 19,6 %	14,9 mg / 17,3 %
Genomsnitt dygnsdos / andel personer Gävleborgs län	14,5 mg / 17,7 %	15,7 mg / 17,1 %	15,3 mg / 16,6 %
Genomsnitt dygnsdos / andel personer Riket	12,8 mg / 18,7 %	13 mg / 19,4 %	13,3 mg / 20,2 %

Kommentar: Målvärdet bör vara ca 10 % enligt Socialstyrelsen

### Bemötande och kommunikationsplaner

En bra bemötande- och kommunikationsplan är den viktigaste åtgärden för att förebygga, minska och lindra BPSD. Det har visat sig nationellt att den viktigaste och

bästa åtgärden för att minska BPSD är en bra och tydlig bemötande- och kommunikationsplan. I verksamheter där man reviderat bemötande- och kommunikationsplaner tillsammans i arbetslaget har det blivit en minskad symtombild hos kunderna, högre grad av personcentrerad omsorg med ökad förståelse och samsyn hos medarbetarna om vad som är viktigt för kunden för att minimera BPSD.

Det finns kvalitetsbrister inom Valfärd Gävles verksamheters bemötande- och kommunikationsplaner.

Det finns behov av mer kunskap om vilket innehåll dessa planer ska innehålla, ofta saknas det ett konkret och detaljerat personcentrerat innehåll med fokus på bemötande där det klart framgår vad och hur som behövs i form av bemötande och kommunikation för att nå optimalt mående för kunden.

#### *Ökad satsning på god demensvård*

I Valfärd Gävle finns sedan några år tillbaka ett Demensteam bestående av 100 % Demenssamordnare och 45 % undersköterska, med gedigen demenskompetens och mångårig erfarenhet av demensomsorg: Demenssamordnaren är även certifierad utbildare för BPSD-registret.

Demensteamets uppdrag har främst varit utbildningsinsatser och handledning i kundärenden med BPSD-problematik. Två områden som ökat för Demensteamet är att öka kunskapen om vikten av meningsfull vardag och vårdåtgärder för att förebygga och minska BPSD-symtom. Det andra området är anhörigstöd i olika former (Demenssamordnaren) i samverkan med anhörigkonsulent och Minnesmottagningen, även rådgivning till biståndshandläggare i komplicerade ärenden har ökat.

Utbildnings- och handledningsinsatsernas upplägg har varierat efter verksamheternas behov och tidsförutsättningar. Utbildningsinsatser/handledning har främst utförts inom VåBo men även inom hemtjänst, LSS och till biståndshandläggare.

Demensteamet har under året bjudit in till 4 öppna digitala föreläsningar med externa föreläsare för Valfärds medarbetare. Teman var tänkbara åtgärder vid BPSD, rörelsebehov vid kognitiv sjukdom, sexualitet vid demens mellan demenssjuka på boenden och BPSD- en daglig utmaning om personcentrerad omsorg kontra olämpliga läkemedel.

Satsning på BPSD-arbete inom hemtjänsten har påbörjats under hösten för att sen implementeras under 2026. Utsedda "BPSD-ombud" inom hemtjänsten har genomgått BPSD-administratörsutbildning under hösten.

Demenssamordnaren har deltagit i arbetet för ett framtagande av en lokal demensstrategi samt i arbetsgrupp angående användning av GPS-larm.

Undersköterskan i Demensteamet har fokuserat sitt arbete på att förmedla vikten av meningsfulla aktiviteter som t ex musikens betydelse som en viktig åtgärd för att förebygga, lindra och minska BPSD-symtom. Har även aktivt arbetat med musik och dansaktiviteter i olika verksamheter som en del av att förmedla goda effekter av ett personcentrerat arbetssätt.

#### *Samverkan*

Samverkan med Regionens Minnesmottagning och Anhörigcenter har ökat i kund- och anhörigärenden.

#### *BPSD-administratörsutbildning*

Under året har 4 BPSD-administratörsutbildningar genomförts. Totalt har 25 personer deltagit i utbildningarna.

\* Fler resultat och beskrivning fins tillgängligt hos demenssamordnare.

## 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).

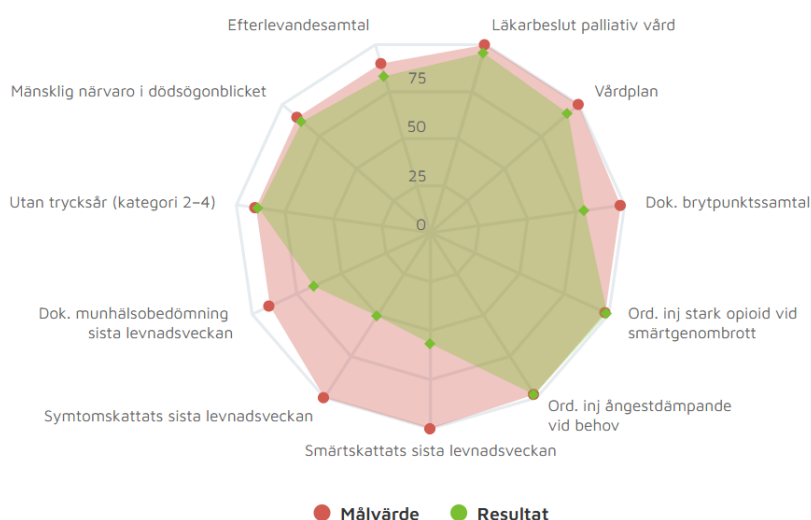
Det finns goda resultat för ett flertal indikatorer. Flera indikatorer har även ett något förbättrat resultat jämfört med föregående år för vård- och omsorgsboende/LSS, kvarstående förbättringsområden är evidensbaserad smärtskattning, dokumenterad munhälsobedömning och symtomskattning. Gällande ordinärt 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

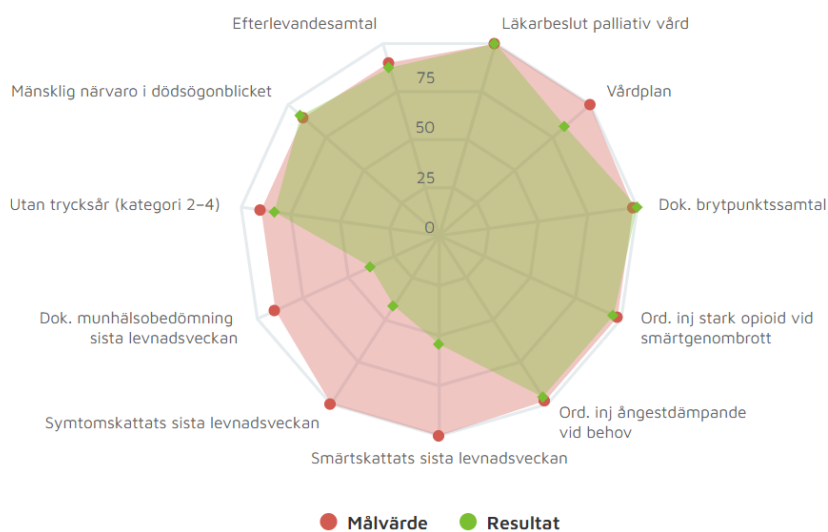
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	95,6
Vårdplan	100,0	92,9
Dok. brytpunktssamtal	98,0	79,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	99,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	98,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	56,6
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	50,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	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

Urval: Gävle kommun, ordinärt boende med stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N= 24

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2025-01 - 2025-12



Detta är en modifierad rapport

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	100,0
Vårdplan	100,0	83,3
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	54,2
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	41,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	37,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	83,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,7
Efterlevandesamtal	90,0	87,5

### 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.

#### 4.4.1 Avvikelser

**Övergripande statistik för avvikelshantering (hälso- och sjukvård samt äldreomsorg)**

## Avvikelser - aktuell status

18 053

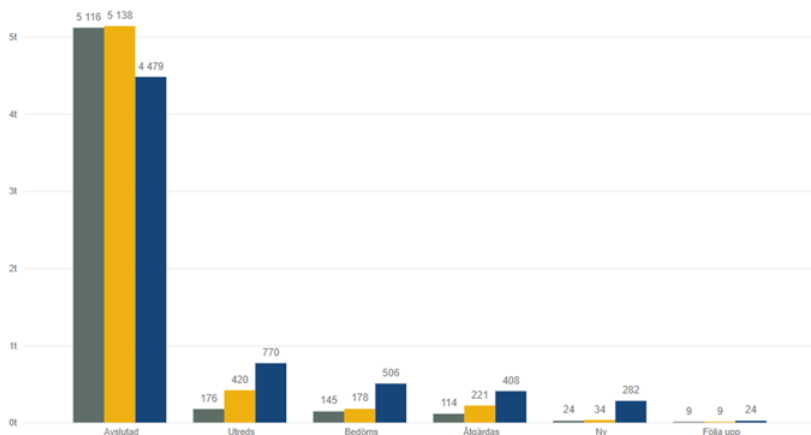
Antal avvikelser

2 888

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser fördelat på aktuell status

År ● 2023 ● 2024 ● 2025



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

Filteringen följer med mellan sidorna.

Data senast uppdaterat: 2026-01-0...

## Avvikelser - aktuell status

6 469

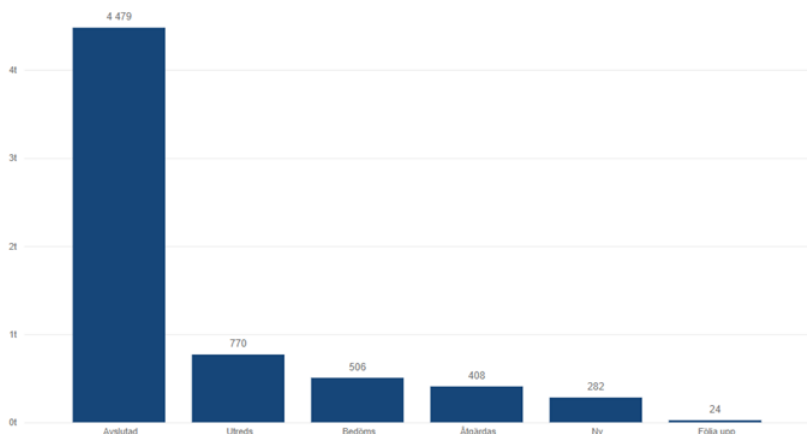
Antal avvikelser

1 585

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser fördelat på aktuell status

År ● 2025



Gävle kommun

År, Månad

2025

Verksamhet

Flera val

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

Status

Alla

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

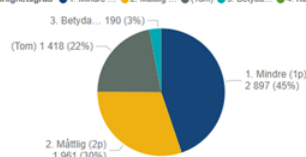
Filteringen följer med mellan sidorna.

Data senast uppdaterat: 2026-01-0...

## Avvikelser - aktivitet

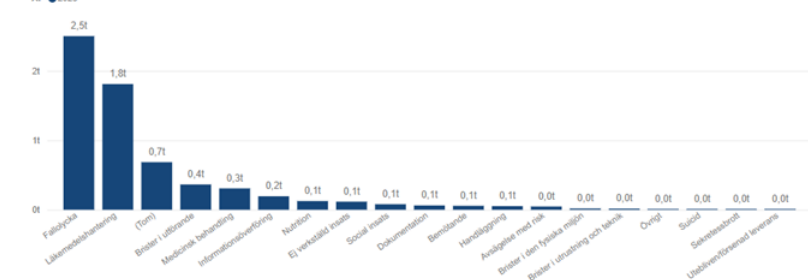
Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

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



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2025



6 469

Antal avvikelser

1 585

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

2025

Verksamhet

Flera val

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

Status

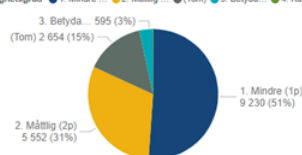
Alla

Data senast uppdaterat: 2025-01-0...

## Avvikelser - aktivitet

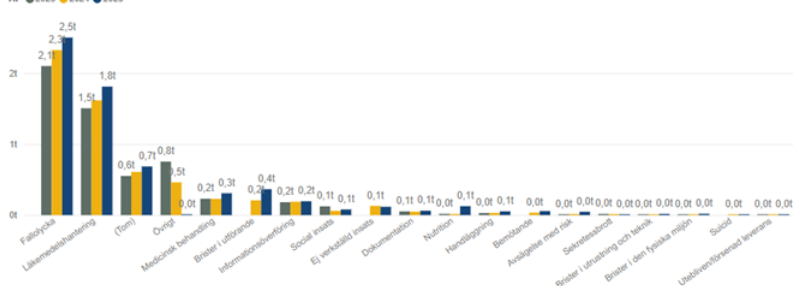
Antal avvikelser fördelat på allvarlighetsgrad

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



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2023 2024 2025



18 053

Antal avvikelser

2 888

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

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

Status

Alla

Data senast uppdaterat: 2025-01-0...

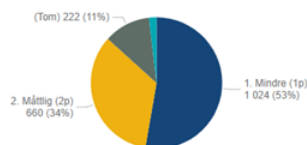
## Avvikelser läkemedelshantering

Nedan bilder visar statistik gällande läkemedelsavvikelser inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård (vård- och omsorgsboende respektive hemsjukvård).

## Avvikelser - aktivitet

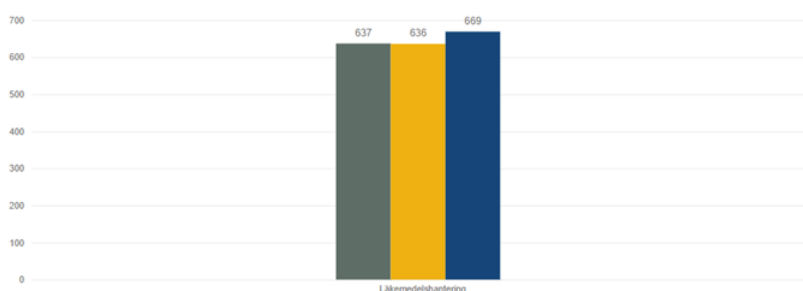
Antal avvikelser fördelat på allvarighetsgrad

Allvarighetsgrad 1. Mindre (1p) 2. Måttlig (2p) 3. Betydande (3p)



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2023 2024 2025



1 942  
Antal avvikelser

831  
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

Flera val

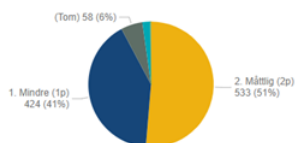
- ☐ Utgåverksamhet
- ☐ EDV
- ☐ Hemtjänst inkl natt och larm
- ☐ HSL - Avlösningboende
- ☐ HSL - Boende LSS
- ☐ HSL - Boende Psykiatri
- ☐ HSL - Hemsjukvård
- ☒ HSL - Vård- och omsorgsboende
- ☐ Korttidsbostad
- ☒ Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2026-01-0...

## Avvikelser - aktivitet

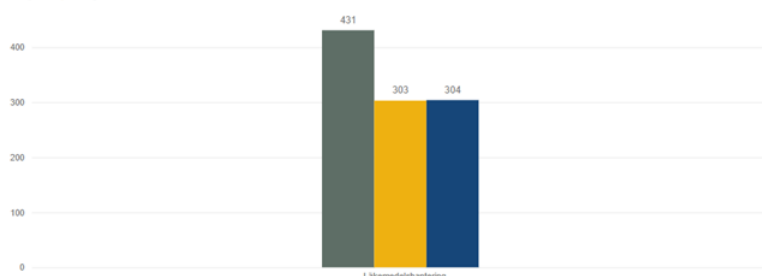
Antal avvikelser fördelat på allvarighetsgrad

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



Antal avvikelser fördelat på aktivitet

År 2023 2024 2025



1 038  
Antal avvikelser

415  
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

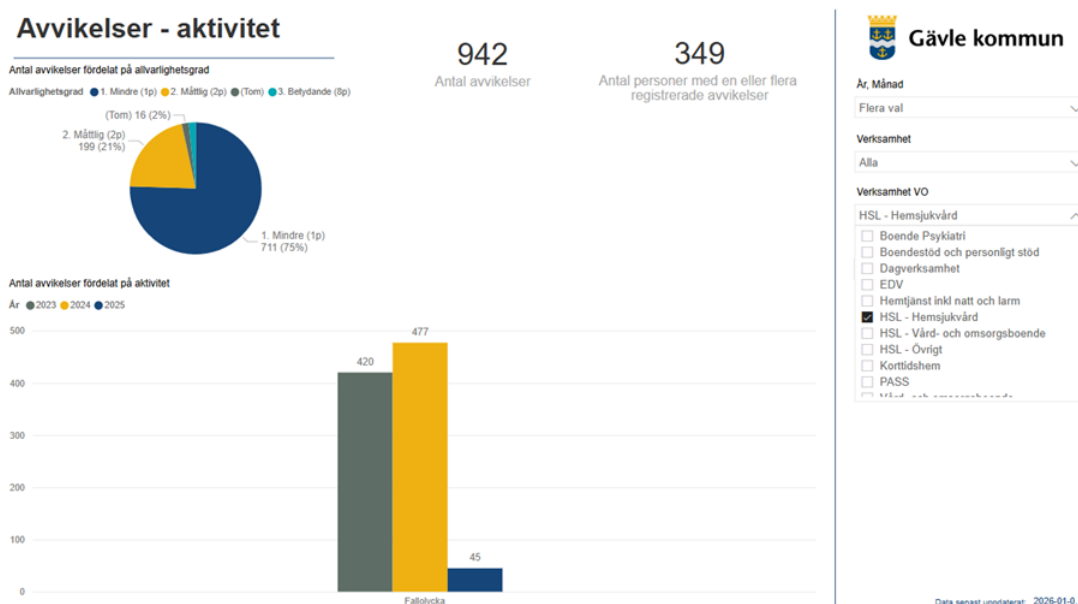
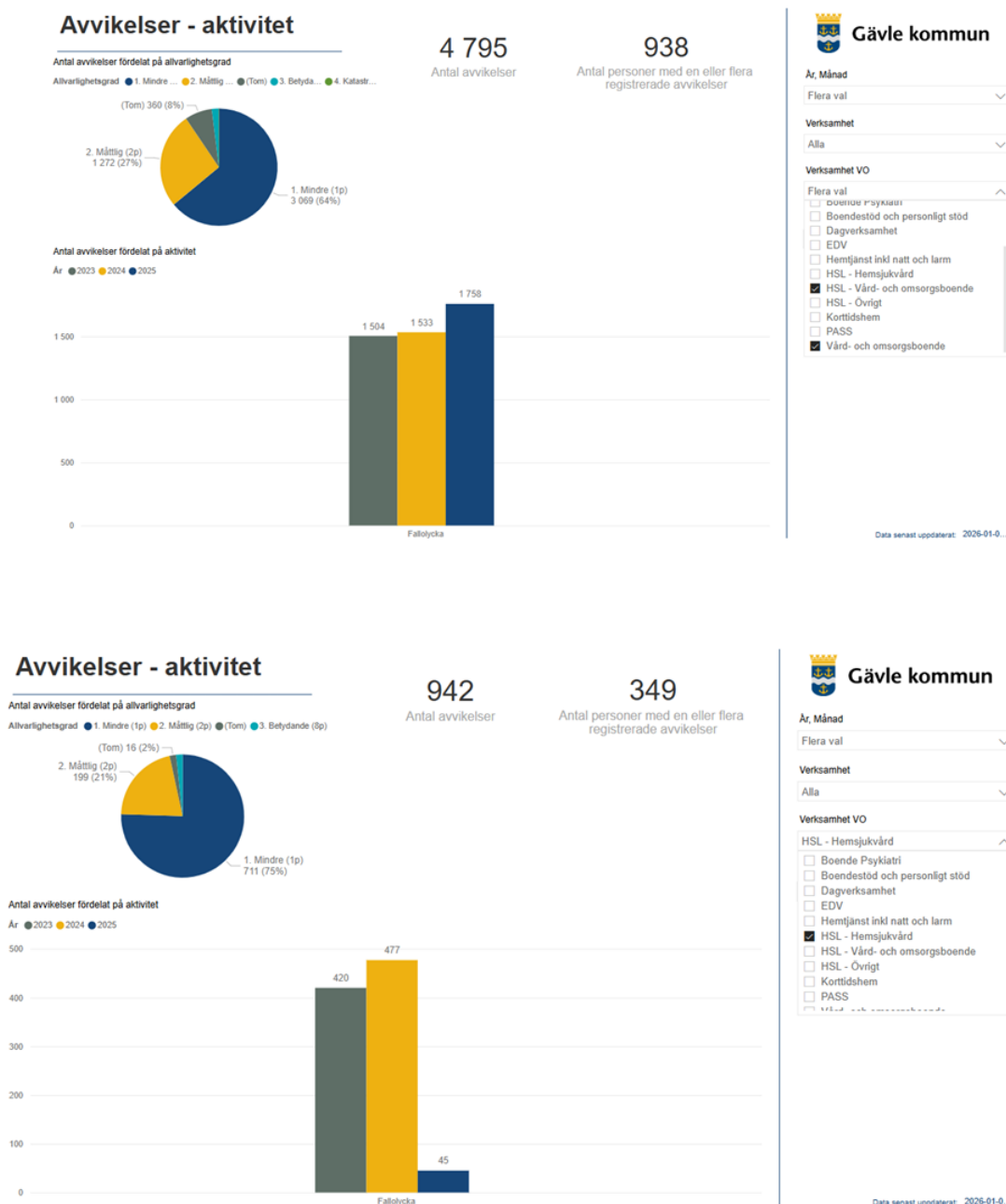
- ☐ Dagverksamhet
- ☐ EDV
- ☐ Hemtjänst inkl natt och larm
- ☐ HSL - Avlösningboende
- ☐ HSL - Boende LSS
- ☐ HSL - Boende Psykiatri
- ☒ HSL - Hemsjukvård
- ☐ HSL - Vård- och omsorgsboende
- ☐ Korttidsbostad
- ☐ Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2026-01-0...

## 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 bilder visar statistik gällande fallavvikelser inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård (vård- och omsorgsboende respektive hemsjukvård).



\* Den avsevärda skillnaden gällande hemsjukvård för år 2025 beror på att fallolyckor enligt rutin registreras på SoL-enheter nu och de som syns registrerade framförallt berör patienter som endast har hemsjukvårdsinsatser.

## Analys från verksamhetschef enligt SOL

### Vård- och omsorgsboenden

De främsta identifierade bakomliggande orsaker till avvikelser är:

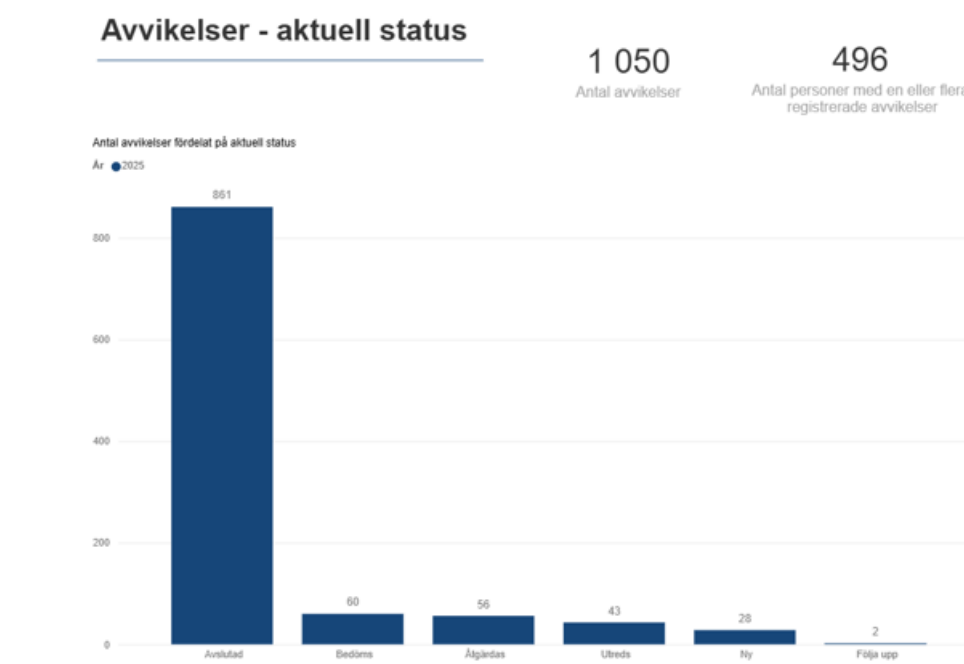
- Personalen glömmer bort att ge läkemedel

- Brist i samverkan relaterat till sjuksköterskebemanning, sjuksköterskorna har gått kort vid flera tillfällen och många hyrsjuksköterskor
- Språkförbistringar

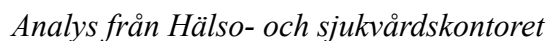
#### Åtgärder:

- Läkemedelsavvikelser som orsakats av samma personal har resulterat i att delegeringen dragits in
- Samverkan med sjuksköterskorna i verksamheten för att säkerställa att den delegerade omvårdnadspersonalen har förståelser för rutiner kring läkemedelshantering
- Avvikelsemöten på vissa enheter

#### Urval av avvikelser där bakomliggande orsak samt åtgärd finns inom kontor Hälso- och Sjukvård.



496



- Förslag till förbättringsarbete från Hälso- och sjukvårdskontoret*



- Struktur för användning av TES
- Gemensam läkemedelssigenering
- Systematiskt kvalitetsarbete – Avvikelsehantering
- Teamarbete
- Lägga in inkomna externa avvikelser i avvikelsemodulen enligt rutin
- Lärande i verksamheten
- Följsamhet till befintliga rutiner
- Resursfördelning?
- Dokumentation
- Palliativ vård

#### 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.

Avvikelser presenteras utifrån gällande kategorier:

Behandling -2 st  
 Vårdinformationsöverföring - 3 st  
 Bemötande  
 Läkemedel - 5 st  
 Tillgänglighet  
 Vårdplan - 2 st  
 Patientadministration - 3 st  
 Vårdskada  
 Lifecare  
 Infarter  
 Hjälpmedel - 1 st  
 Rehabilitering  
 Personuppgiftshantering - 2 st

Även när det gäller utebliven vård- och omsorg har det inkommit 2 st avvikelser.

Klagomål från *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*

Det framgår att klagomålet redan har framförts till verksamheten av anmälaren. IVO avslutar ärendet utan utredning och överlämnar det till vårdgivaren.

Klagomål från *enskilda*:

Klagomål på sen hjälp med stödstrumpor.

Klagomål gällande bristande vård av kateter.

Klagomål på utebliven information till anhörig gällande läkemedelsbehandling.

Klagomål på personals bedömning av fallolycka.

Klagomål via *Patientnämnden*:

Klagomål gällande bristande vård av kateter.

Klagomål med olika frågeställningar gällande vård i livets slut på ett vård- och omsorgsboende.

Klagomål gällande läkemedelsordination/läkemedelsbehandling.

#### **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 (KHOSS) 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%

#### **Nattfasta**

Målet för nattfasta ska från och med 2026 gå i linje med vårdpreventionens mål och sätts till mer än 90%.

#### **Nationella vårdförlopp**

Att implementering av de nationella vårdförloppen gällande generiska rehabiliteringsmodellen och kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom slutförs.

#### **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 förskrivning av inkontinenshjälpmedel under 2026.