

# Patientsäkerhetsberättelse

---

Omvårdnadsnämnd

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>7</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	8
3.2 En god säkerhets kultur .....	15
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	17
3.4 Patienten som medskapare .....	19
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>20</b>
4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador .....	20
4.2 Tillförlitliga system och processer .....	22
4.3 Säker vård här och nu .....	36
4.3.1 Riskhantering .....	37
4.4 Säkra analys, lärande och utveckling .....	37
4.4.1 Avvikelse .....	44
4.4.2 Klagomål och synpunkter .....	49
4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap .....	50
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>52</b>

# 1 Inledning

## 25ON33

*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.



Källa bilder:

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

## 2 Sammanfattning

Ett beslut från Omvårdnadsnämnden om indikatorer för en god och säker hälso- och sjukvård inom Välfärd Gävle togs inför år 2024 och i Verksamhetsplan 2024-2027 för Omvårdnadsnämnden finns följande två mål:

- Läkemedelsgenomgångar genomförda av alla patienter, målvärde 80%
- Avvikelser ska poängbedömas inom två veckor, målvärde 90 %

Gällande nationellt vårdförlopp "Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom" har ett seminarium genomförts via lokal arbetsgrupp inom Gävleborg samt utarbetats en länsgemensam rutin. Medicinskt ansvarig för rehabilitering har uppdaterat lokal rutin. Implementering av rutinerna har påbörjats av Hälso- och sjukvårdskontoret, arbetsterapeuter i egen regi har påbörjat ett arbete gällande nya föreslagna bedömningsinstrument. Det kvarstår arbete gällande ansvar och roller för strukturerad intervju om läkare efterfrågar.

Gällande nationellt vårdförlopp för "Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet" så har lokal arbetsgrupp LAG rehabilitering utarbetat en länsgemensam rutin, utbildningsmaterial och förslag till en övergripande överenskommelse. Hälso- och sjukvårdskontoret samt externa utförare har fått information av medicinskt ansvarig för rehabilitering vid några tillfällen och verksamheten ansvarar för fortsatt implementering.

Arbetet med att säkerställa hantering med inventering/register för att uppfylla lagkrav gällande spårbarhet och kalibrering/service av medicintekniska produkter såsom mätutrustning/kommunägda hjälpmedel är fortfarande avstannat.

Gällande riskbedömningar (fall, trycksår, munhälsa och undernäring) så visar resultatet för år 2024 att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år gällande riskbedömning av fall och trycksår inom hemsjukvård. Antalet genomförda riskbedömningar jämfört med föregående år har minskat litet gällande vård- och omsorgsboende.

Gällande god vård vid demenssjukdom och resultat i BPSD-registret så syns en förbättring jämfört med föregående år angående antalet registreringar och vissa resultat gällande olämpliga läkemedel. En försämring syns jämfört med föregående år gällande andel registreringar där smärtskattningsskala använts.

Av resultat från Svenska palliativ registret framgår att det fortfarande är en låg andel patienter som får evidensbaserad smärtskattning i livets slutskede. Det kan innebära att patienterna inte får adekvat smärtlindring i förhållande till upplevd smärta och är därför ett angeläget förbättringsområde. Andra identifierade förbättringsområden gäller dokumenterade munhälsobedömningar samt dokumenterade brytpunktssamtal. Gällande evidensbaserad smärtskattning och munhälsobedömningar har det skett en förbättring på vård- och omsorgsboenden samtidigt som det skett en försämring i hemsjukvården jämfört med föregående år. Goda resultat finns för flera andra indikatorer.

Ställningstagande angående fråga om att börja använda ytterligare kvalitetsregister, såsom

**Senior Alert** är ett nationellt kvalitetsregister som stödjer vårdprevention, ett förebyggande arbete för äldre personer som riskerar att falla, drabbas av undernäring, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion eller trycksår.

**Svenska Halt** är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende, metoden är evidensbaserad.

**RiksSår** är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkt sår

För att uppnå hög kvalitet inom området mat, måltider och nutrition (utifrån föreskriften HSL:FS 2022:49 om förebyggandet av och behandling vid undernäring) behöver vård- och omsorgspersonal ha ett nära samarbete med, om möjligt, patienten själv och ett välfungerande teamarbete. Utöver det krävs att rutiner är välkända och tillämpade. Det sistnämnda gällande rutiner ser vi idag är en stor brist. Ett tidigare mål var att alla patienter ska få det stöd som krävs för att tillgodose sitt energi- och näringsbehov samt att nutritionsbehandling ska dokumenteras och följas upp. Arbetet fortgår kontinuerligt och kan inte mätas fullt ut, men vi kan se utifrån enkäten att alla patienter inte får sina bakomliggande orsaker till ät- sväljproblem och ofrivillig viktnedgång utredda, vilket är en stor risk för patientsäkerheten. Att sjuksköterskor har rätt kompetens för att klara det nutritionsansvar som idag åligger dem är av stor vikt. Målet om att utbilda samtliga sjuksköterskor i nutrition 2024 har inte uppnåtts och kvarstår som en prioritering. Gällande nattfasta har inte målet uppnåtts under 2024. Målet kan diskuteras och vid behov justeras för att bli mer realistiskt.

ViSam beslutsstöd implementerades under 2024. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Den medicinska rådgivare som finns i primärvården inom Region Gävleborg har medverkat för att i sin tur kunna informera primärvårdsläkarna. Den strukturerade informationen som sjuksköterskan har tagit fram genom att använda beslutsstödet ligger till grund vid kontakt med primärvårdsläkarna så att rätt vårdnivå kan bedömas för patienten. Verksamheten har även egna utbildare bland sjuksköterskorna.

Under 2024 har det påbörjats ett arbete gällande kvalitetssäkring av delegeringsprocessen samt revidering av rutin för delegeringen av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården. En arbetsgrupp har även skapats för att arbeta med delegeringsprocessen.

Implementeringen av digitala signeringslistor har fortsatt under 2024. Samtliga vård- och omsorgsboenden samt hemtjänstutförare i egen regi använder nu digital signering. Digitala signeringslistor säkrar upp att den som signerar att man givit ett läkemedel är delegerad för uppgiften samt att åtgärder utförs i rätt tid.

Strukturerad mätning av riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning för att skapa underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även incitament till att försöka minska och förebygga riskfaktorer. Rapportering gällande vårdrelaterade infektioner har endast skett från ett vård och omsorgsboende.

Ett pilotprojekt har startat upp under våren gällande användning av läkemedelsautomater med ett mycket positivt resultat.

Precis som i tidigare Patientsäkerhetsberättelser kan det konstateras att bedömningar av sannolikhets- och allvarlighetsgrad av avvikelser saknas i mycket stor utsträckning. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering blir informerade om händelsen eller inte.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering/nutritions ansvarig dietist har tillsammans med upphandlingscontroller medverkat på uppföljningar av externa utförare för att följa upp kvalitet. Uppföljningarna genomförs enligt en strukturerad uppföljningsmall.

### 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.

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



##### Medicinskt samverkansgrupp

Består av medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef. Denna ledningsgrupp har ersatts av ett förändrat arbetssätt under senare delen av 2024. Ett forum för att driva och följa upp patientsäkerheten i kommunen och arbeta ihop i strategiska frågor. Gruppen har under 2024 slutfört framtagandet av rutinen ansvar och roller medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef hälso- och sjukvård.

##### 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. Kontoret är indelat i fyra geografiska team med en ansvarig enhetschef för varje teamområde; Nord, Öst, Syd och Väst. Medarbetare är verksamma inom hemsjukvård, vård- och omsorgsboende, LSS/socialpsykiatri, avlösningplatser samt korttidsplatser. Hälso- och sjukvårdens professioner ska arbeta i team runt patienten, tillsammans med andra berörda såsom regional primärvård, specialistsjukvård, slutenvård, hemtjänst eller personlig assistans, utifrån sina roller som omvårdnadsansvarig respektive rehabiliteringsansvarig. Samtliga enhetschefer är legitimerade och arbetar verksamhetsnära.

### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Valfärd Gävles omvårdnadsnämnd och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd har anslutit sig till det målet sedan år 2022. Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är under uppdatering och kommer att publiceras under våren 2025 med förtydligande gällande egenkontroll, uppföljning, analys och lärande.

#### Strategi

Den övergripande strategin har sedan 2023 varit att slutföra arbetet med analysverktyget för patientsäkerhet med att utse ansvariga och upprätta handlingsplan. Vidare att besluta om:

- Mål och indikatorer för en god och säker vård inom Valfärd Gävle
- Underlätta för verksamheter att följa sina resultat via Power BI
- Tydliggöra arbetet med riskhantering
- Ge möjlighet till återkommande utbildning för alla medarbetare
- Säkerställa fortsatt implementering av nationella vårdförlopp
- Använda och utveckla arbetet med relevanta beslutsstöd och kvalitetsregister

#### 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

Framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

### **Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

**6 §** 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

Detsamma 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§.

### **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 arbetade fortlopande 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 fastställde 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.

### **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.

### **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. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Revidering av ramavtalet gällande hemsjukvård har gjorts under 2024. Gällande de lokala samverkansavtalen för läkarmedverkan så sker revidering kontinuerligt.

#### **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. MAS i Ljusdal är utsedd kontaktperson till patientnämnden och är adjungerande i den politiska nämnden. Kontaktpersonen representerar alla kommuner i länet. Patientnämnden deltar årligen på nätverksträff för MAS/MAR i länet.

#### **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.

#### *Avvikelse avstämning*

Kvalitetssamordnarnas roll har förändrats under 2024 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 Välfärd 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 verksamhetsområde planering, analys och utvärdering.

#### *Upphandlingsteamet*

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

Upphandlingsteamet består av upphandlingscontrollers och avtalssamordnare.

#### *Externa utförare*

I samverkan med upphandlingsteamet medverkar MAS/MAR på regelbundna utförmöten för externa vård- och omsorgsboenden och hemtjänstutförare. Även verksamhetschef HSL deltar på utförmöte för de externa hemtjänstutförarna. 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.

#### *Verksamhetssystem*

Uppgradering av nuvarande system som bland annat innefattar patientjournal. Omfattande arbete med framtagning av grundläggande struktur.

### **Förstärkt samverkan**

En samverkansgrupp med uppdrag från biträdande sjukhusdirektör Region Gävleborg samt biträdande sektorchef Välfärd 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 ca 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 Välfärd 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. 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 korttidsenhet. 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 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 Folktandvården**

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 Folktandvården 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.

#### *Kommunens ansvar:*

- Identifiera personer som har rätt till Nödvändig tandvård
- Utse kommunansvarig
- Vårdboenden, hemtjänstgrupper privata boenden ska vara uppdaterade med aktuella kontaktuppgifter
- Att aktuell omvårdnadspersonal är närvarande vid munhälsobedömning
- Följa individuell munvårdsplan
- Tillsäker att omvårdnadspersonal får utbildning

#### *Folkhälsofunktionens ansvar:*

- Munhälsobedömning till alla som tackat ja
- Instruera person och personal om munvård
- Göra en individuell plan
- Hålla munvårdsutbildning (tilläggsutbildning) till omvårdnadspersonal

#### *Beställarenhetens ansvar*

- Betala Folktandvården för munhälsobedömning och utbildning(tilläggsutbildning)
- Betala vårdgivare för den vård som bedrivs
- Uppföljningar
- Ansvara för det administrativa stödet

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

- Anpassad vårdplanering utifrån individuella behov
- Trygg och varsam behandling på sitt egna rum
- Minskat behov av eventuell premedicinering samt exponering för externa miljöer.
- Kostnadseffektiv vårdmodell
- Undviker onödiga transporter och personella resurser

### **Samverkan smittskydd/vårdhygien**

Samverkansmöten där deltagarna utgörs av följande från Region Gävleborg:

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

### **Chefsläkarmöten**

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

### **Lokal samverkansgrupp Nutritionsråd**

Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist NAD ingår från Välfärd Gävle. Medlemmar är även verksamhetschef paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS från Gävle och Sandvikens kommun, primärvårdsdietist, chefläkare allmänmedicin, chefssjuksköterska och logoped. 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 2024 och stort fokus har legat på att uppdatera den länsgemensamma rutinen för samverkan mellan region och kommun i nutritionsfrågor samt ta fram länsgemensam rutin för enteral nutrition (näring via sond).

### **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 kombinerad 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 kombinerad operativ och strategisk grupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare är vårdenhetschefer från regionens specialistvård, primärvård och representant för försäkringsmedicin, Rehabchefer, MAR från Gävle/MAR från länet samt patientrepresentanter. Gruppen leds av deltagare från lokala programområdet för rehabilitering/processledare.

### **Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet**

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

## **Läkemedelskommitté**

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

## **Den kommunala läkemedelsgruppen**

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

## **Hjälpmedelsgrupp**

Hjälpmedelsgruppen 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. 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 för närvarande vilande.

## **Egenvård**

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

## **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 med verksamhetschef HSL, Välfärd Gävle.

### 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 2024. Gällande Treserva VO och TES, som är de centrala systemen för informationsbehandling har aktiviteterna avslutats, åtgärder föreslagits samt att årliga riskanalyser planerats in.

Fem incidenter har förekommit kring TES, varav enbart en berodde på teknisk brist och fyra på handhavandebrister.

Tekniska incidenter kring Treserva VO har haft en positiv utveckling från tolv under 2023 till två 2024. Incidenter kring olovlig läsning i Treserva VO har noterats till fyra under 2024.

Åtgärdsförslag för att motsvarande incident inte ska hända igen har tagits fram och rapporterats till Informationsägare och ledning.

Under 2024 har stort fokus legat på att skapa sig en bild över vilka 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 flyttades fram till januari 2025. Nu ser det ut som lagen träder i kraft under augusti 2025. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har löpande informerat kring kommande lagstiftning. Två av kraven som kommer att gälla är uppföljning av IT-leverantörer och dess underleverantörer samt säkerställande av informationssäkerhet vid anskaffning av IT-lösningar. Båda dessa frågor har lyfts till ledningen för vidare hantering såsom organisation, rutiner och relevanta avtal.

Ytterligare rutinbeskrivningar rörande administrativa åtgärder som bidrar till ökad informationssäkerhet har tagits fram och beslutats under 2024. Frågan kring hur nya rutiner ska informeras har lyfts till ledningen.

## 3.2 En god säkerhets kultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

### God och nära vård

I kompetensen finns en utbildning i Nära vård vars syfte är att ge en grundläggande

förståelse för vad Nära vård är och varför samhället måste göra denna omställning. Innehållet är producerat av Länsledning Valfärd och riktar sig till alla medarbetare inom kommunerna i Gävleborgs län.

### **Kontor hälso- och sjukvård**

Verksamhetschef inom hälso- och sjukvårdskontoret strävar efter att upprätthålla en god arbetsmiljö där medarbetare har möjlighet till att bidra till en ökad patientsäkerhet genom att påtala brister men även att få tid till reflektion.

Under våren 2024 genomfördes en förändring av sjuksköterskornas kväll- och helgorganisation i syfte att öka kontinuitet och patientsäkerhet för en förbättrad arbetsmiljö. Förändringen innebär att samtliga sjuksköterskor planerades arbeta både kvällar- och helger, för att säkerställa sjuksköterskekontinuiteten och minska antalet inhyrda sjuksköterskor. Här har utfallet inte följt målet, vilket innebär att det behöver följas upp, utvärderas och vid behov behöver en ny översyn genomföras. Utfallet har visat på att det inte har minskat antalet inhyrda sjuksköterskor och ett förbättringsarbete har initierats och identifierats för att säkra upp dels rutiner, kompetens samt kvalitetssäkra arbetsprocesser.

Ett arbete med översyn av kväll- och helgorganisationen pågår med att se över flera delar. Dels ses telefonisystemet över för att öka patientsäkerhet.

Ledningssjuksköterskans roll, kompetens och ev. behov av beslutsstöd i rollen som rådgivningssjuksköterska ses över. Översyn pågår även för att se över om det finns annat kompetensbehov hos sjuksköterskor som arbetar kväll/helg som är verksamma idag inom samtliga verksamhetsområden, dvs LSS/socialpsykiatri, hemsjukvård samt vård- och omsorgsboenden. Översyn pågår även av rutin för handhavande av palliativa patienter under kvällar och helger, där en åtgärd som genomförts hösten 2024 är att tillhandahålla en prioriterad särskild telefon för palliativa patienter.

### **Kvalitetsorganisation**

Förslag angående kvalitetsorganisation är lämnat till biträdande sektorchef under 2024 men inget beslut är ännu taget, bland annat på grund av de ekonomiska förutsättningarna för nämnden.

Arbetet med kvalitetsorganisation pågick under 2023 och fortgick första kvartalet 2024. Arbetsgruppen bestod av verksamhetschefer från kontoren boende och hälso-sjukvård, MAS, MAR samt verksamhetschef för planering, analys och utvärdering. Uppdraget var att skriva fram ett eller flera förslag till hur en kvalitetsorganisation kan se ut i hela Valfärd Gävle.

### **Patientsäkerhetsdialog**

Som ett led i att förbättra hälso- och sjukvården för patienter på vård- och omsorgsboenden, har Länsledning Valfärd beslutat, att länets kommuner samt utförare inom Hälsoval Region Gävleborg ska implementera gemensamma patientsäkerhetsdialoger som ett permanent arbetssätt i Gävleborg. Samtliga kommuner bör genomföra minst en dialog under 2025. Patientsäkerhetsdialog är ytterst ett verktyg för att bidra till en god säkerhetskultur och en förbättrad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsdialogerna syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård och omsorg för personer som bor på vård- och omsorgsboenden genom ett gemensamt och proaktivt patientsäkerhetsarbete mellan huvudmännen. Arbetssättet är ett komplement till uppföljningen av läkarmedverkansavtalen.



### 3.3 Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

#### **Bemanning**

I Valfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, undersköterskor och vårdbiträden. Hälso- och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvård.

Organisation och bemanning är viktigt för patientsäkerheten. Viktigt för patientsäkerheten är rätt organisation och tillräcklig bemanning med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Brister i detta kan leda till risker för patientsäkerheten

Underbemanning är idag ett världskänt problem inom hälso- och sjukvård. I Sverige stängs vårdavdelningar ner till följd av detta. För att möta problemet är en lösning att anlita sjuksköterskor från bemanningsföretag för att fylla tomma pass. Forskning visar att underbemanning är kopplad till en försämrad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Användandet av bemanningssjuksköterskor med korta kontrakt innebär risker för försämrad vårdkvalitet i form av försämrad kontinuitet, högre arbetsbelastning för fast personal, ett sämre säkerhetsklimat och mindre effektiva arbetssätt med negativ påverkan på möjligheten att utföra omvårdnadsprocessen optimalt. Bristande kontinuitet och onödiga patientsäkerhetsrisker.

#### **Projekt Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle**

Projektet "Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle" är avslutat och implementering av en kompetensutvecklingsprocess genomförd.

Chefer på olika nivåer har fått svara på vilka behov av kompetensutveckling som deras medarbetare har och hur prioriteringen av dem ser ut. Utbildningar som har prioritering ett (1) ska vara verksamhetskritiska, dvs. utbildning som medarbetare måste ha för att kunna utföra sitt arbete.

Utifrån prioriteringarna har sektorledningen tagit beslut om vilka utbildningar som ska genomföras under 2025. En av de mer omfattande utbildningarna kommer att handla om förflyttningskunskap.

Språkutbildningar har fortsatt att genomföras under året. Exempelvis en språkombudsutbildning under våren och två under hösten.

#### **Introduktion i metoden händelseanalys**

Under 2024 så har medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvarig

samordnare tillsammans med två verksamhetschefer SOL hållit en introduktionsdag i metoden händelseanalys utifrån ett nationellt utbildningsmaterial publicerat på hemsidan för Nätverket Sveriges chefläkare. Materialet är baserat på SKR:s/LÖF:s vägledning "Utredning av allvarliga vårdskador, 2021". Målgrupp för introduktionen var ytterligare medlemmar från Valfärd Gävles kvalitetsteam, verksamhetschefer samt kvalitetssamordnare från Hälso- och sjukvårdskontoret.

### **Medicinrättslig grundkurs**

MAS och MAR har genomfört utbildning i Medicinrättslig grundkurs för MAS/MAR. Kursansvariga var jurister på Institutionen för Medicinsk Rätt AB. Syftet var att deltagarna skulle få förstärkta och fördjupade kunskaper om medicinsk rätt för att kunna fullgöra sina skyldigheter utifrån en god medicinrättslig grund.

### **Verksamhetschefens ledningsansvar**

Under året 2024 har verksamhetschef HSL gått kursen "verksamhetschefens ledningsansvar" på Institutionen för Medicinsk Rätt AB.

### **Ledarskapsutbildningar**

Tre av fyra enhetschefer inom hälso- och sjukvårdskontoret har gått kursen "Klart Ledarskap". Tre av fyra samordnare samt en av fyra enhetschefer har gått kursen "Att leda andra utan att vara chef".

### **Utbildningar för legitimerad personal**

Utbildning i Visam beslutsstöd har givits under våren 2024. Under hösten 2024 har 47 st legitimerade medarbetare tagit del av intern implementeringsutbildning av Visam beslutsstöd, som tillhandahållits av två sjuksköterskor som gått utbildning och är certifierade interna utbildare i Visam. Internutbildning i Visam planerar att fortgå och nya utbildningstillfällen kommer ges vårterminen 2025.

### **Hygienutbildning**

Vårdhygien på Region Gävleborg har under året erbjudit webbaserade hygienutbildningar till kommunernas chefer, omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal.

### **Utbildning för undersköterskor**

Samtliga undersköterskor inom Hälso- och sjukvårdskontoret har genomfört utbildningar i katetersättning, sårvård, kompressionsutbildning och anafylaxiutbildning på Region Gävleborgs kliniska träningscentrum (KTC).

### **Nutritionsutbildning**

I Kompetensen finns sedan våren 2022 en nutritionsutbildning för sjuksköterskor framtagen av NAD (nutritionsansvarig dietist). Under 2024 har 3 st sjuksköterskor slutfört utbildningen (jämfört med 11 st året innan). Under hösten höll även NAD digital nutritionsutbildning vid två olika tillfällen för länets alla kommuner. Totalt deltog 245 sjuksköterskor varav 10 st från Valfärd Gävle (varav 3 var MAS eller verksamhetschef).

Att samtliga sjuksköterskor inom Valfärd Gävle skulle genomgå nutritionsutbildning var ett mål i föregående års patientsäkerhetsberättelse. Det målet har inte uppnåtts under 2024. Förklaringar till det kan vara den stora omsättningen av både chefer och medarbetare inom kontor Hälso- och sjukvård.

### 3.4 Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

#### **Delaktighet**

Utifrån bland annat omställningen till Nära vård och nya Socialtjänstlagen så går utvecklingen mot en ökad personcentrering. Det pågår en utveckling mot ökad personcentrering i vården där patienter och närstående ses som kunskapsbärande medskapare snarare än passiva mottagare. För att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård behöver patienter och närstående involveras på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, även inom styrning och ledning.

Patienter och närstående ska vara delaktiga i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patientens mål för vården. Detta kan gälla vårdplaner, brytpunktssamtal och genomförandeplaner. Personcentrerad vård ska styra planeringen så att patientens mål uppfylls. Patienter och närstående ska alltid involveras i vården och vara delaktiga i de vårdinsatser som erbjuds och sätts in, där varje legitimerad medarbetare har ett ansvar för att vården anpassas utifrån personcentrerad vård. I enlighet med rutin vid avvikelshantering ska patient och närstående alltid informeras vid en eventuell vårdskada samt vilka åtgärder som genomförts.

Vid utskrivning från slutenvården och- eller inskrivning i hemsjukvården är patient och närstående viktiga vid planering, ofta i form av "Samordnad Individuell Plan" (SIP) för en anpassad vård utifrån patientens specifika och personliga behov och önskemål.

#### **Mat och måltider**

På alla vård- och omsorgsboenden förekommer boenderåd där matgäster och ibland anhöriga har chans att framföra sina åsikter, ofta har dessa tema mat och måltider, som är en central del av dagen och upptar ca 60% av tiden för de boende. På de enheter med matleverantör bjuds matgästerna ibland in till matrådsmöten tillsammans med NAD, controller för måltidsavtalen från Styrning och stöd och matleverantör. Under 2024 fick tre boenden besök av matleverantören. Detta är mycket uppskattade besök hos matgästerna där de direkt kan lämna ris och ros på maten. Kostombud framför synpunkter från dem som inte själva kan delta i mötet. Varje år har matgästerna också chans att ge feedback på maten genom en enkät som skickas ut av matleverantören. Detta gäller de enheter med leverantör.

#### **Patienten som medskapare vid kvalitetsgranskning**

Vid kvalitetsgranskning av vård- och omsorgsboende under 2024 så har kvalitetsteamet

haft dialog med patienter/kunder.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### 4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador



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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

#### Lex Maria

Fyra anmälningar enligt Lex Maria har lämnats till Inspektionen för vård och omsorg IVO under år 2024.

Anmälan enligt Lex Maria gällande en allvarlig vårdskada som ledde till att en person senare avled. En person på ett vård- och omsorgsboende, som behandlades med blodförtunnande läkemedel, hittades liggande på golvet med skrapår på huvudet. Ingen sjuksköterska åkte ut på bedömning och ingen läkare kontaktades. Några dagar efter fallet försämrades patienten och fördes till sjukhus där hjärnblödning konstaterades. Patienten avled ett par dagar senare. Utredningen visar att rutinen för att kontakta läkare vid befarad huvudskada efter fall och behandling med blodförtunnande läkemedel inte

har följts. IVO bedömde att Valfärd Gävles slutsatser var rimliga och adekvata och att de vidtagna åtgärderna är tillräckliga för att förhindra att något liknande inträffar igen. Ärendet har därför avslutats.

Anmälan enligt lex Maria gällande en allvarlig vårdskada som ledde till att en person senare avled. En person på ett vård- och omsorgsboende började blöda och drabbades av smärta samt hastigt försämrat allmäntillstånd efter att en legitimerad medarbetare utfört en rutinåtgärd som gick fel. Ambulans tillkallades men personen avled nästa dygn på sjukhus av cirkulationskollaps. IVO bedömde utifrån det som framgick av den utredning som genomfördes efter händelsen att de åtgärder som Valfärd Gävle har identifierat, är tillräckliga för att komma till rätta med bristerna och för att förhindra att de uppstår igen. Ärendet har därför avslutats.

Anmälan enligt Lex Maria gällande allvarlig vårdskada vilken ledde till frakturer i ben/fot. Den enskilde föll från en hygienstol i samband med att ha lämnats ensam. Bakomliggande orsaker framkom gällande introduktion, dokumentation och kommunikation. IVO begärde in en komplettering och beslut kom efter inskickad komplettering gällande att ärendet avslutas då Valfärd Gävle fullgjort skyldigheten att utreda och anmäla samt att åtgärder har vidtagits för att hindra att något liknande inträffar igen.

Anmälan enligt Lex Maria gällande allvarlig vårdskada. Den enskilde drabbades av en fallolycka som resulterade i en fraktur, vilken upptäcktes med röntgen efter fyra dygn. Bakomliggande orsaker framkom gällande kommunikation, dokumentation, utbildning, organisation samt stress. Beslutet från IVO meddelade att de avslutade ärendet, men fortsätter granskningen i ett tillsynsärende.

Handlingsplaner är upprättade för samtliga ovanstående anmälningar enligt Lex Maria. IVO har avslutat ärendena, men fortsätter granskningen i tillsynsärende.

### **Kvalitetssamordnare**

Tidigare fanns en kvalitetsansvarig sjuksköterska inom kontor hälso- och sjukvård. Under 2024 ändrades namnet till kvalitetssamordnare och man utökade med ytterligare en kvalitetssamordnare vilken har professionen fysioterapeut. Kvalitetssamordnarna stödjer enhetscheferna i hälso- och sjukvårdskontoret i arbetet med interna och externa avvikelser samt att identifiera risker och arbeta proaktivt för att sätta in åtgärder och förebygga vårdskador.

Kvalitetssamordnarna har korta veckovisa avstämningar med respektive enhetschef, MAS och MAR för genomgång av aktuella avvikelser inom respektive enhetschefs teamområde.

Ett arbete pågår för att arbeta mer proaktivt där kvalitetssamordnarna har en viktig roll genom att tillsammans med enhetscheferna sprida kunskap om händelser och åtgärder för ett systematiskt lärande i verksamheten. På samma sätt pågår ett arbete gällande avvikelshantering där det finns återkommande händelser och- eller allvarigare händelser där ett lärande i verksamheten är viktig för att kvalitetssäkra arbetet och få en ökad patientsäkerhet.

## 4.2 Tillförlitliga system och processer



### Läkemedel

Huvudsaklig behandlingsindikation för neuroleptika till patienter i denna vårdform bedöms sannolikt vara beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Användningen av neuroleptika har kartlagts i form av en punktprevalensmätning. Mätningen genomfördes i samtliga kommuner i länet under oktober 2024. Data har samlats in manuellt av sjuksköterska på respektive SÄBO genom en systematisk genomgång av SÄBO-patienternas läkemedelsordinationer.

Följande neuroleptika har registrerats i mätningen: olanzapin, risperidon, quetiapin, haloperidol, och aripiprazol. År 2024 lades även läkemedlet Oxazepam till i mätningen.

I Gävle kommun valde mer än hälften av vård- och omsorgsboendena att inte svara på mätningen trots flertalet påminnelser, vilket gör det svårt att dra någon slutsats av resultatet lokalt.

### Slutsatser

MAS-nätverket och läkemedelskommittén delar bilden av att arbetet med icke-farmakologiska åtgärder för personer med BPSD på länets äldreboenden utgör den viktigaste insatsen för ett gott medicinskt omhändertagande. För att kunna erbjuda en god vård på patientens egna villkor behövs systematiska arbetssätt kring patienter med BPSD. Utbildningsinsatser riktade till sjukvårds- och omsorgspersonal för att uppmärksamma symtom på BPSD är viktiga. Användning av BPSD-registret för symtomskattning som bas för åtgärdsplan och utvärdering, kan användas som ett underlag för individanpassade vårdplaner.

2023

Kommun	Antal granskade journaler	Andel patienter med neuroleptika (%)	Andel risperidon och haloperidol av neuroleptika (%)
Hofors	120	35,8	34,9
Bollnäs	230	25,7	64,4
Söderhamn	287	25,1	65,3
Nordanstig	86	22,1	73,7
Ovanåker	92	17,4	81,3
Gävle	600	16,3	86,7
Sandviken	385	15,8	72,1
Hudiksvall	468	15,4	80,6
Ljusdal	208	14,9	64,5
Ockelbo	62	11,3	85,7

Följande neuroleptika har registrerats i mätningen: olanzapin, risperidon, quetiapin, haloperidol samt aripiprazol.

2024

Kommun			Ljusdal	Ockelbo	Gävle	Sandviken	Nordanstig	Bollnäs	Ovanåker	Hofors	Hudiksvall	Söderhamn	Totalt alla säbo	
													2024	2023
antal granskade journaler			197	66	277	384	92	134	113	109	352	290	2014	2538
antal patienter på säbo som står på:			antal											
Olanzapin/ Olanzapine, Zyprexa			2	1	1	4	2	2	9	7	4	5		
Risperidon/ Risperdal			13	5	24	21	13	22	13	17	43	23		
Kvetiapin/Quetiapin, Quetiapine			2	2	11	9	1	9	1	5	7	25		
Haloperidol/ Haldol			3		3	5	1	3	1	3	9	11		
Aripiprazol/ Aripiprazole			1	21	1	1	0	0	1	0	0	0		
Oxazepam			29	12	56	78	12	50	27	57	ej mätt	42		
Olanzapin/ Olanzapine, Zyprexa			1%	2%	<1%	1%	2%	1%	8%	6%	1%	2%	2%	3%
Risperidon/ Risperdal			7%	8%	9%	5%	14%	16%	8%	16%	12%	8%	10%	10%
Kvetiapin/Quetiapin, Quetiapine			1%	3%	4%	2%	1%	7%	1%	5%	2%	9%	4%	3%
Haloperidol/ Haldol			1%	0	1%	1%	1%	2%	1%	3%	3%	4%	2%	2%



Kommun			Ljusdal	Ockelbo	Gävle	Sandviken	Nordanstig	Bollnäs	Ovanåker	Hofors	Hudiksvall	Söderhamn	Totalt alla säsbo
Aripiprazol/ Aripiprazole			1%	32%	<1%	<1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1% <1%
Oxazepam			15%	18%	20%	20%	13%	37%	24%	52%	ej med	14%	22%

### 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 även den kvalitetsgranskning som genomfördes under 2023 följs upp. 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.

Följande förbättringsområden framkom i den externa kvalitetsgranskningen:

- Upprättande av lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning
- Följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotika hemma hos patienten
- Signaturförtydligandelistor behöver upprättas
- Följsamhet till samverkansdokumentet/riktlinjen Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård som tagits fram i samverkan med region Gävleborgs läkemedelsenhet samt representanter för MAS i länet

IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer att läkemedelshanteringen inte sker på ett patientsäkert sätt.

### Dokumentation

Hälsoärende är ett dokumentationsstöd för legitimerad personal i verksamhetssystemet Treserva och infördes i februari 2025 med fortsatt arbete, implementering och utveckling under hela 2025. Patientjournalen i det nya Hälsoärendet följer nationella informationsstrukturen, där ICF (klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) används för att beskriva hälsotillstånd och vårdåtgärder.

Inför införandet av Hälsoärende har det funnits en projektgrupp och arbetsgrupper som under 2024 har arbetat med förberedelser inför införandet av Hälsoärende.

Förberedelserna har bestått i att utforma den nya dokumentationsmodulen i Treserva genom att bland annat välja ut ICF:er och KVÅ:er samt kopplat dessa till skapade Hälsoprocesser. Projektgrupp samt arbetsgrupp har tagit fram dokumentation inför migrering, lathundar, frastexter, informationsmaterial och utbildningsmaterial.

Acceptans tester har främst genomförts av projektgrupp men även av arbetsgrupperna.

- Projektgrupp består av projektledare, systemförvaltning, MAS/MAR
- Arbetsgruppen består av superusers, systemförvaltare, projektledare, MAS/MAR

En dokumentationsutbildning för omvårdnadspersonal har även genomförts under 2024. Utbildningen hölls av en särskilt utsedd utbildningsansvarig. Utbildningen innehåll togs fram i samverkan med MAS/MAR/SAS. Hittills har över 600 personer genom gått

utbildningen.

### **Journalgranskning**

I den journalgranskning som pågår inom hemsjukvårdens verksamhet noteras följande: i majoriteten av patientjournalerna finns hälsohistoria dokumenterad dock saknas en verifierad medicinsk diagnos. Ett förbättringsområde noteras gällande att inhämta och dokumentera samtycken från patienterna gällande bland annat samtycke till informationsöverföring. Det framgår av dokumentationen vem som ansvarar för läkemedelshanteringen men det saknas dokumentation om vilken läkare som tagit beslutet gällande övertag av läkemedelshanteringen.

### **Digitala signeringslistor**

Ett arbete med digitala signeringslistor har genomförts under 2024. Vid arbetet som genomförts har systemförvaltare ansvarat för utbildning och implementering till såväl omsorgspersonal som till legitimerad personal. Digitala signeringslistor säkrar upp att den som signerar att man givit ett läkemedel är delegerad för uppgiften samt att åtgärder utförs i rätt tid. Den digitala signeringslistan är utrustad med en påminnelsefunktion, Denna åtgärd gör även att sjuksköterskor kan följa upp läkemedelsbehandlingen i realtid.

Verksamheter som börjat arbeta med digital signering under 2024 är:

Hemlingborg, Flemingatan, Hemtjänst Centrum, Hemtjänst Strömsbro/Hille, Hemtjänst Norr, Hemtjänst Andersberg, Hemtjänst Valbo/Forsbacka.

De som inte gått in hittills är natt- och larm, personligt stöd, boendestöd samt personliga assistenter samt externa hemtjänstutförare.

### **Delegering av medicinska arbetsuppgifter**

Delegering får endast ske när det är förenligt med god och säker vård. För att det inom hälso- och sjukvården ska vara fråga om delegering måste överlåtelsen gälla medicinska arbetsuppgifter. Det finns brister i följsamhet till rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer viktiga iakttagelser bland annat att det är vanlig förekommande att den personal som gör medicinska bedömningar inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften eller behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning.

Det har uppmärksammats att allt fler har svårare att klara delegeringsutbildning, vilket inneburit högre krav på legitimerade sjuksköterskor under året 2024 genom att erbjuda fler tillfällen med delegeringsutbildning. Trots detta har det inte funnits delegerad personal som kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter i den omfattningen som behövs då hög andel av omsorgspersonal inte klarar testen för delegering. Detta har lett till ökad arbetsbelastning för legitimerade sjuksköterskor, som fått ansvara för att ge läkemedel till patienter. Nuvarande delegeringsutbildning ges på varierande sätt vilket leder till osäker kvalitet av delegeringsprocessen. Ett arbete med att kvalitetssäkra delegeringsprocessen och revidering av nuvarande rutin för delegering av arbetsuppgifter har påbörjats 2024.

Utifrån svaren i enkäterna så framgår det att det inte finns någon större skillnad mellan det antal delegeringar som sjuksköterskor i extern verksamhet ansvarar för jämfört med verksamheterna i egen regi.

### **Läkemedelsautomater**

Läkemedelsautomater kan användas inom olika verksamheter i kommunal vård och omsorg. I dagsläget ser vi främst användning hos äldre i ordinärt boende men läkemedelsautomat kan även användas inom funktionshinderområdet, socialpsykiatri och särskilt boende.

Läkemedelsautomater skapar ökad trygghet och självständighet för den enskild i vardagen. Den frigör tid för personalen i form av minskat antal besök och därav minskad restid, ökad flexibilitet i planering av resurser och minskat antal avvikelser relaterad till missad dos.

Inom sektor Valfärd pågår ett projekt gällande läkemedelsautomater. Sammanlagt 20 st finns utplacerade i två hemtjänstgrupper (egen regi). Syftet med läkemedelsautomaterna är att de ska öka kundernas självständighet och livskvalitet, samt öka säkerheten i läkemedelshanteringen. Automaten placeras i kundens hem och fylls med dosmedicin enligt ordination från läkare. Påfyllning av medicin görs av hemtjänstpersonal och automaten meddelar kunden när det är dags att ta medicin. När kunderna i dessa två områden blev tillfrågade om de var intresserade av att prova läkemedelsautomat i sitt hem, var nästan alla intresserade. Hemtjänsten i Gävle centrum har sina automater främst placerade hos kunder vars största behov är att få hjälp med mediciner. Projektet utvärderas i april 2025.

Nyttoanalysen för läkemedelsautomater visar ett antal nyttor som förväntas från användningen av läkemedelsautomater.

### **God vårdhygienisk standard**

För att hålla en god hygienisk standard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. En god hygienisk standard berör alla som arbetar och vistas inom vård och tandvård. Det inkluderar både vårdtagare, personal, närstående och besökare.

God hygienisk standard omfattar bland annat

- vårdhygienisk kompetens
- vårdlokaler
- utrustning i vården
- vårdens organisation och planering

Alla tio kommuner inom Gävleborgs län har avtal med Region Gävleborg för att få vårdhygienisk kompetens. I och med det samarbetar vårdhygien med kommunernas medicinska ansvariga sjuksköterska (MAS).

Vårdhygien erbjuder bland annat stöd och rådgivning i vårdhygieniska frågor till MAS, hygienronder samt utbildning för personal inom kommunal vård. Flera digitala utbildningar inom vårdhygien har genomförts under 2024. Fler utbildningar planeras genomföras under 2025.

### *Vårdhygienisk egenkontroll*

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal eller regional vård och omsorg används alltid vid hygienronderna.

Vårdhygienisk egenkontroll är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal eller regional vård och omsorg.

Verktyget är anpassat att användas i verksamheter som bedriver:

- Hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Hälso- och sjukvård samt insats korttidsplats för vuxna och särskilda boendeformer enligt SoL och LSS

Hygienronder har under 2024 genomförts inom hemtjänstområden både intern samt hos de externa LOV utförarna. Hygienronder har även genomförts i lokaler där hemsjukvård bedrivs.

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

- Vårdhygien rekommenderar starkt att alla verksamheter bör leasa sina arbetskläder
- Öka användningen av förkläden i patientnära omvårdnad. Syftet är att skydda arbetsdräkten från att bli förorenad och på så vis minska risken för smittspridning.
- Rengöring och desinfektion av hjälpmedel ska skötas efter en regelbunden rutin enligt produktens bruksanvisning
- Det är av allra största vikt att alla verksamheter har en eller flera utsedda hygienombud då god kunskap om rutiner är en förutsättning för patientsäkerhet och vårdkvalitet. Hygienombud har en viktig roll i att förmedla kunskap gällande vårdhygien och det är viktigt att de deltar vid hygienronder
- Upprättande av lokala rutiner för väskor i vård utifrån vårdhygieniska aspekter
- Följsamhet till det samverkansdokument/riktlinje Hygienråd som är framtaget i samverkan med region Gävleborgs vårdhygieniska enhet samt länets MAS

### **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 2023 framkom det att arbetet med att säkerställa att lagstiftning följs gällande MTP/mätutrustning och kommunägda hjälpmedel hade avstannat. Hälso- och sjukvårdskontoret uppgav tids- och resursbrist. Status för arbetet är detsamma år 2024 enligt rapportering från Hälso- och sjukvårdskontoret, vilket även påvisas i enkätsvar inför patientsäkerhetsberättelsen.

Inventering/register behövs för att uppfylla krav gällande spårbarhet och säkerställande av kalibrering/service. Det behövs även ett fortsatt utvecklingsarbete för motsvarande säkerställande gällande kommunägda hjälpmedel.

Under år 2024 så har en undersökning angående lämpliga IT-lösningar för registrering av kommunägda medicintekniska produkter/hjälpmedel genomförts. Bedömningen är 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.

Länets Hjälpmedelssamordnare fick hösten 2023 ett uppdrag från Länsledning, Utskott vuxna, att se över möjligheterna för Hjälpmedel SAM att tillhandahålla och hyra ut viss medicinteknisk utrustning. Ett initiativ till detta hade tidigare författats av länets MAS/MAR. Sedan hösten 2024 är det nu möjligt att hyra Blåsvolymmätare/Bladderscan samt Mini Doppler/ankeltrycksmätare via Hjälpmedel SAM.

## 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 demenssjukdomen, 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)*

	2024	2023	2022
Antal registreringar	502	413	391
Antal registrerade personer	362	364	251

*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 BPSD-registreringen. Här finns fortfarande en

utvecklingspotential. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat i arbetet med BPSD där HSL-personal deltagit.

	2024	2023	2022
Gävle kommun	66,7 %	67,8 %	62,1 %
Gävleborgs län	84,6 %	83,4 %	67,2 %
Riket	89,5%	86,6 %	69,8 %

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

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

Det är viktigt att öka användningen av 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.

*Andel registrerade personer med bedömd smärtfrihet* (uppgifter från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer). Gävle ligger då högre än både länet (68,4 %) och riket (72,2 %).

Vad det gäller användning av smärtskattningsskala ligger Gävle lägre än länet (30,4 %) och riket (36,4 %) och har stor utvecklingspotential.

	2024	2023	2022
Andel smärtfria registrerade personer	75,5 %	78,9 %	78,6 %
Andel registreringar där smärtskattningsskala använts	24,2 %	37,2 %	24,8 %

#### *Användning av "olämpliga läkemedel" för målgruppen*

Genomsnittliga dygnsdosen av Risperidon (Antipsykotika/neuroleptika) (N05AX08) per person och år:

	2024	2023	2022
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	0,8 mg/13,5 %	0,7 mg / 16,2 %	0,7 mg / 13,4 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Gävleborgs län	0,9 mg/13,2 %	0,8 mg / 16,5 %	0,8 mg/ 15,1 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	0,8 mg/13,4 %	0,8 mg / 13,5 %	0,8 mg / 13,0 %

*Kommentar: Målvärdet bör vara 10 % enligt Socialstyrelsen*

*Genomsnittliga dygnsdosen av Oxazepam (lugnande läkemedel) (N05NA04) per person och år:*

	2024	2023	2022
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	14,7 mg/19,6 %	14,9 mg /17,3 %	14,2 mg / 18,4 %
Genomsnitt dygnsdos/ andel personer Gävleborgs län	15,7 mg/17,1 %	15,3 mg / 16,6 %	14,8 mg / 19,0 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	13 mg/19,4 %	13,3 mg / 20,2 %	13,6 mg / 19,7 %

*Kommentar: Målvärdet bör vara ca 10 %*

### *Bemötande- och kommunikationsplaner*

Det finns brister i kvalitén av bemötande- och kommunikationsplaner. Det har visat sig nationellt att den viktigaste och bästa åtgärden för att minska BPSD är en bra och tydlig bemötande- och kommunikationsplan. Där behövs det mer kunskap om vilket innehåll det ska vara. 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.

### *Ökad satsning på god demensvård*

Demensteamet består av 100 % Demenssamordnare och 45 % undersköterska. 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 i samverkan med anhörigkonsulent och Minnesmottagningen.

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

### *Samverkan*

Samverkan med Regionens Minnesmottagning har ökat i kundärenden.

### *Samverkansprojekt BPSD-en daglig utmaning*

Under tidsperioden 230830 – 240831 har Demensteamet, Minnesmottagningen och Kognitiva stödteamet i Ljusdals kommun drivit ett samverkans-projekt ”BPSD – en daglig utmaning”. I Vålfärd Gävle deltar Fleminggatan 11 (yngredemensboenden och yngredagverksamhet) och i Ljusdals kommun vård- och omsorgsboendet Tallnoret.

### *Projektets Syfte*

Att i samverkan och med ett kontinuerligt arbetssätt minska lidandet av BPSD och därmed höja livskvaliteten och kvalitetssäkra vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom.

### *Bakgrund och Mål*

Prevalensen för BPSD är högt. I forskningen är förekomsten 90%, i epidemiologiska studier ligger prevalensen på 97%. Således kommer i stort sett alla patienter med kognitiv sjukdom drabbas av ett eller flera BPSD symtom under förloppet av

sjukdomen. Detta bör leda till att vi ser BPSD - symtombilden som en del av den bakomliggande grundsjukdomen. Det innebär att vi måste arbeta kontinuerligt och förebyggande med symtomen, titta på tänkbara orsaker, utforma av en individuell anpassad omvårdnadsplan samt kontinuerlig läkemedelsgenomgång.

I dagsläget anses BPSD mer som problem, en mer akut uppstådd problematisk situation som man önskar en snabb och effektiv lösning på. Det blir då ofta krav på läkemedelsbehandling, i många fall utan indikation.

Det här projektet hade som mål att hitta ett mer kontinuerligt personcentrerat arbetssätt och därmed minska användandet av olämpliga läkemedel med hjälp av regelbundna BPSD-registreringar och multiprofessionellt teamwork.

Detta leder till ökad livskvalitet för personen med kognitiv sjukdom och som i nästa steg leder till en bättre arbetsmiljö för personalen.

### Resultat

Att arbeta med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är en daglig utmaning och kräver engagemang, kunskap, kompetens och ett multiprofessionellt teamwork för att nå framgång, vilket även delvis har visat sig i detta projekt.

Det visade ganska omgående vid projektstarten att det fanns kompetensbrist hos delar av personalen avseende BPSD och utbildning genomfördes. Därefter ökade engagemanget, förståelsen och dialogen vid projektmötena (genomgångarna).

BPSD-symtomen mäts med ett poängsystem enligt NPI-NH. Ju högre NPI-poäng ju fler och svårare symtom. Under projektet minskade generellt BPSD-symtomen hos kunderna och därmed ökade livskvaliteten. Vi såg tydliga samband mellan kundernas mående, personalens arbetssituation, anhörigas upplevelser och vikten av att känna kund och anhöriga.

Fler resultat finns att tillgå via Demenssamordnare.

### *BPSD-administratörsutbildning*

Under året har 2 BPSD-administratörsutbildningar genomförts. Totalt har 20 personer deltagit i utbildningarna.

### **God vård i livets slut**

I IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras. Det är vanligt att brytpunktssamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

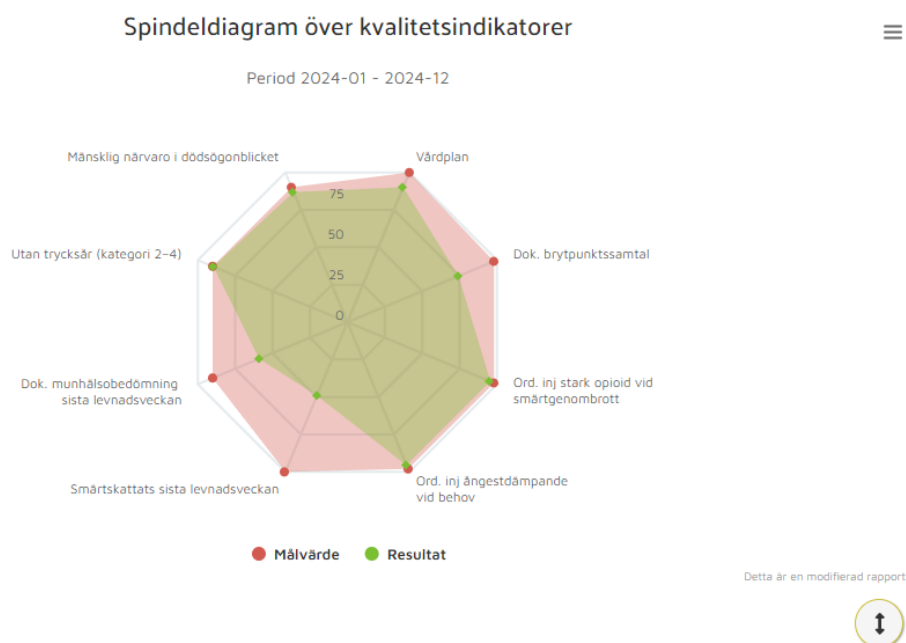
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp. Välfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. För 2024 är täckningsgraden 56,8 % gällande andel av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun vilka rapporterades till registret (2023 rapporterades 46,58%, 2022 rapporterades 55,6%, 2021 rapporterades 56,04%). I jämförelse av täckningsgrad med övriga län så befinner sig Gävleborg på plats 14.

I registret besvaras frågor kring exempelvis förekomsten av trycksår, smärtlindring och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För att ge en så god livskvalitet som möjligt i livets



slutskede är symptom- och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symptom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett strukturerat sätt. Av resultatet nedan framgår att en låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan och ses som ett angeläget förbättringsområde. Det har skett en förbättring jämfört med föregående år när det gäller strukturerad smärtskattning vid vård- och omsorgsboende och en försämring gällande hemsjukvård. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård- och omsorgsboenden samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gällande munhälsobedömningar har det skett en förbättring jämfört med föregående år för vård- och omsorgsboende och en försämring gällande hemsjukvård. Gott resultat uppnås gällande kvalitetsindikatorerna ordination av injektionsläkemedel, utan trycksår grad 2-4 och för hemsjukvård även indikator mänsklig närvaro i dödsögonblicket. En ny indikator i registret i år är dokumenterad individuell vårdplan för vård i livets slutskede. Kvalitetsindikatorer är hämtade ur svenska palliativregistret och visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende/LSS respektive hemsjukvård nedan.

Urval: Gävle kommun, vård- och omsorgsboende/LSS, med stöd av allmän HSV, >65 år, N = 151



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

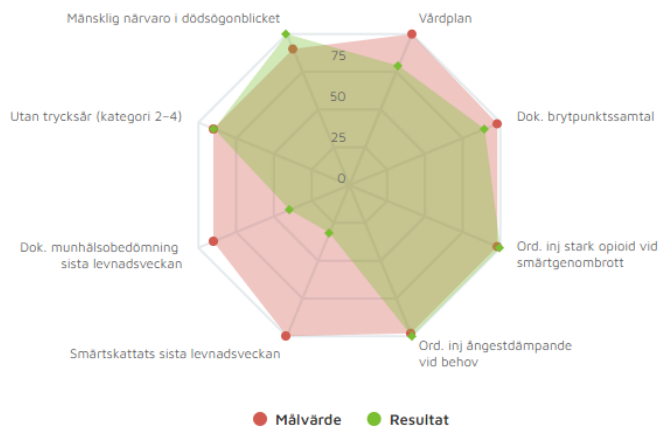
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	90,1
Dok. brytpunktssamtal	98,0	74,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,4
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	49,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	58,9
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	89,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	86,8

Urval: Gävle kommun, ordinärt boende - med stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N=38

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2024-01 - 2024-12



Detta är en modifierad rapport



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	78,9
Dok. brytpunktssamtal	98,0	89,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	31,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	39,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	89,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

I enkäten framkommer att vid behovsläkemedel kan överlämnas inom 30 min i mer än hälften av fallen, 62 %, i extern regi medan man i egen regi svarar att det endast genomförs vid 25 % av fallen. Extra vak vid vård i livet slut sätts in i 62 % av fallen i extern regi i jämförelse med egen regi som sätter in vak i 75 % av fallen.

### Nutrition

#### Undernäring

Inom Valfärd Gävle finns idag ingen datainsamling som talar om hur många patienter som lider av undernäring eller som har risk för undernäring. Det vi kan få ut är hur många som har fått en individuell riskbedömning för undernäring. Tidigare (innan 2019) så kunde verksamheten följa data över antal patienter som fått en riskbedömning för undernäring och utifrån den också om risk förelåg samt om en utredning av bakomliggande orsaker fanns, vilka åtgärder som satts in och om man hade fått åtgärden utförd. Verksamheten kunde också se hur många som hade BMI undervikt (under 22 för patienter över 70 år). Sedan utträdet ur Senior Alert finns inte möjlighet att följa statistik och på så vis saknas även en helhetsbild.

#### Nattfasta

Det mått inom nutrition som Valfärd mäter idag är längden på patienternas nattfasta. Nattfastan är en del i utredningen kring undernäring och ska mätas individuellt inom varje nutritionsutredning för att ta reda på varför en person gått ner i vikt.

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.

Av de 1109 inkluderade personerna i mars månads mätning 2024 visar resultatet att 83% har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Positivt för mätningen var att sju enheter nådde 95% eller högre och att det skett fina förbättringar på enhetsnivå. Nytt för denna mätning var att hela 18 enheter deltagit, då även samtliga externa boenden bjöds in. Ingen markant skillnad sågs mellan egen regi och externa utförare.

Med ett uppsatt mål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Valfärd Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet, men flera enheter har mycket jobb kvar att göra för att rutinerna ska sätta sig. Att ha kontinuitet i både ledarskap och i arbetsgruppen är av stor vikt för att patienterna ska få en god omvårdnad vad gäller mat, måltider och nutrition.

#### Kostombud

På vård- och omsorgsboenden 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 och ibland används mötet till vidareutbildning för kostombuden.

#### Nutritionsfrågor i enkäten

I enkäten som skickades ut inför framtagandet av patientsäkerhetsberättelsen ställdes frågor kring nutrition, uppdelat för egen regi och externa utförare. Här redovisas några av svaren. Frågorna och svaren kan läsas i sin helhet i bifogad bilaga.

Inom kommunal hälso- och sjukvård är det sjuksköterskan som har nutritionsansvaret. Där innefattas hela nutritionsvårdsprocessen med riskbedömning, utredning, val av åtgärder samt utvärdering och uppföljning. Steget utredning är omfattande för att kunna ta reda på varför en person går ner i vikt. Där ingår att beräkna energi- och proteinbehov, beräkna intag av mat och dryck, mätning av nattfasta och att undersöka ät- och sväljsvårigheter bland annat.

I enkäten ställdes frågan om sjuksköterska har tillräckligt med tid till att genomföra en nutritionsutredning. Inom egen regin uppgav 25% av de svarande att tillräckligt med tid finns och hos externa utförare är samma siffra 57%. Det kan få stora konsekvenser för en patients vård och behandling och i värsta fall leda till vårdskada om legitimerad personal inte har tid att fullgöra sina arbetsuppgifter.

Inom egen regin uppgav 25% att *Rutin för nutritionsbehandling* är välkänd och tillämpad i verksamheten. Samma siffra för externa utförare är 81%. Att rutiner är kända och tillämpade i verksamheterna är en grundförutsättning för hög patientsäkerhet och det framkommer ofta i utredningar att brister i följsamhet till kravställda rutiner är en bidragande orsak till händelsen.

På frågan om man får en nutritionsutredning vid upptäckt undernäring eller risk för undernäring svarade 25% av egen regins verksamheter att det görs. Samma siffra för externa utförare var 86%. Att inte få en utredning av de problem som orsakar att man inte får i sig sitt energi- och näringsbehov kan leda till svår undernäring som i många fall är omöjlig att vända hos redan sköra äldre. Undernäring i sig klassas som vårdskada och undernäring kan även vara orsak till annan vårdskada, ex fall.

#### Munhälsa

På frågan om patient får en upprättad vårdplan vid risk för dålig munhälsa enligt bedömningsinstrument ROAG svarade 86% "ja" av de externa utförarna. Att bakom liggande orsaker utreds vid risk för dålig munhälsa är en avgörande faktor för att komma till rätta med ät- och tuggproblematik som ofta ihop med smärta i munnen är en vanlig orsak till försämrat matintag och ofrivillig viktnedgång.

### 4.3 Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

#### **Risk- och konsekvensanalys**

En risk- och konsekvensanalys genomfördes inför förändring av nattsjuksköterskornas schema. Syftet med risk- och konsekvensanalysen var att följa lagstiftning om veckovila och dygns vila samt att schema skulle följa Bemanningshandboken.

En risk- och konsekvensanalys har genomförts utifrån implementering och migrering av Treserva Hälsoärende.

#### **Vårdskador**

En vårdrelaterad infektion, VRI är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Drygt en tredjedel av alla vårdskador är vårdrelaterade infektioner.

Ett av de viktigaste evidensbaserade insatsområdena för att minska förekomsten av VRI är att ha valida data som beskriver förekomsten av VRI. Infektionsregistrering behövs för att övervaka trender, tidigt identifiera en ökning av infektioner och för att utvärdera effekter av vidtagna åtgärder för att minska VRI.

En av de viktigaste åtgärderna för att förebygga infektioner är en god följsamhet till basala hygienrutiner. Att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska spridning och selektion (naturligt urval) av antibiotikaresistenta bakterier är en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

Genom mätningen HALT genomför Folkhälsomyndigheten nationella PPM inom särskilt boende. Syftet är att få ökad kunskap om både förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom äldreboenden.

Gävle kommun medverkar ej i dessa nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, utifrån att medverkan i kvalitetsregistret Senior Alert avslutats för några år sedan. Rapportering av vårdrelaterade infektioner, förekomst av urinkateter samt trycksår sker inte heller enligt avvikelserutinen av verksamheten. För att kunna följa upp kvalitet på vård- och omsorgsboenden skickade MAS i januari 2024 ut ett dokument för inrapportering 1 gång per månad till ansvariga enhetschefer i hälso- och sjukvårdskontoret. Det är dock endast ett vård- och omsorgsboende (Solberga) som har rapporterat enligt MAS utskick.

#### **Vaccinationer**

Förebyggande arbete i kommunen har utförts i form av vaccinationer mot Covid-19, influensa och pneumokockinfektion enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer

och i samverkan med Regionens smittskyddsenhet och vaccinationssamordnare. Dessa vaccinationer ges i hemmen och genererar förutom själva vaccinationen arbete i form av logistik, förberedelse, transporter, och administration. I samband med vaccinationsperioden under hösten 2024 fick flertalet undersköterskor inom kontor hälso- och sjukvård utbildning i vaccination genom ett utbildningstillfälle på Region Gävleborgs kliniska träningscentrum (KTC). Detta för att kunna stödja sjuksköterskorna vid uppdraget med att vaccinera på vård- och omsorgsboenden, inom LSS och patienter inskrivna i hemsjukvården.

#### **4.3.1 Riskhantering**

##### **Riskhantering**

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Detta kan innefatta inhyrd personal och bemanning inför sommaren etc.

Hälso- och sjukvårdskontoret beskriver arbetet med kontinuitetsplaner under avsnitt 4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap. I övrigt har inget annat underlag inkommit gällande riskhantering 2024.

#### **4.4 Säkra analys, lärande och utveckling**



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Inom Valfärd sker registrering i följande kvalitetsregister: svenska palliativ registret och beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

##### **Handlingsplan för patientsäkerhet:**

Gällande analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete för kommuner så kvarstår flera prioriterade områden i handlingsplanen att arbeta vidare med. Nedan är de prioriterade områdena:

- Ta fram indikatorer
- Kvalitetsorganisation
- Genomlysning av bemanningsenheten
- Kompetensutvecklingsplan
- Kommunicera patientsäkerhetsarbetet

- Rutin för anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- Avvikelsehantering

## Rehabilitering

Under 2023 publicerade Socialstyrelsen ett nytt kunskapsstöd "Hälso- och sjukvård i hemmet - Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering". Kunskapsstödet med tillhörande reflektionsmaterial gällande utveckling av kommunal rehabilitering respektive utveckling av hälso- och sjukvård i hemmet syftar till inspiration till fortsatta dialoger och arbete med utvecklingen och omställningen till en nära vård.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering initierade arbete med detta och fick ett uppdrag att tillsammans med två enhetschefer inom hälso- och sjukvårdskontoret arbeta vidare med reflektionsmaterialet för rehabilitering tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Arbetet är påbörjades hösten 2023 och fortsatte under våren 2024. En rapport finns diarieförd "Rapport gällande arbete med Socialstyrelsens reflektionsmaterial för rehabilitering i hemmet 2024". Reflektioner och föreslagna åtgärder kan utgöra del av underlag till förbättringsarbeten.

Reflektionsmaterialet omfattar frågeställningar rörande rehabilitering under följande teman:

- Evidensbaserad
- Strukturerad och personcentrerad
- Arbetssätt
- Samverkan

Utifrån de sammanfattade reflektionerna från arbetet så har arbetsgrupperna prioriterat följande teman som de mest angelägna att starta utvecklingsarbete kring:

- Lyfta vikten av utbildning gällande hälsofrämjande förhållningssätt och rehabiliterande arbetssätt för flera yrkeskategorier till ledningsgruppen och utveckla teamwork kring detta.
- Implementera och utveckla arbete med rehabiliteringsplaner utifrån nationellt vårdförlopp och läns gemensam rutin.
- Arbeta kontinuerligt för att implementera aktuella vårdförlopp där läns gemensam rutin upprättas.
- Utveckla arbetet med bedömningsinstrument exempelvis utifrån vad som rekommenderas i de nationella vårdförloppen och andra kunskapsstöd.
- Återuppta arbetet med Intressegrupperna för arbetsterapeuter/fysioterapeuter-sjukgymnaster.
- Lyfta vikten av att ha en separat organisation för kontinuerlig möjlighet till utbildning i Förflyttningskunskap.
- Lyfta vikten av utbildning gällande skyddsåtgärder.
- Att i samverkan med region Gävleborg utveckla arbetet med överrapportering mellan vårdnivåer ur flera aspekter varav en är Life Care.
- Att ha uppdaterade och smidiga kontaktvägar till yrkeskollegor inom regionens specialistvård och primärvård inklusive privata utförare.
- Att ha nära samverkan med enhetschef vård- och omsorgsboende alternativt boendesamordnare om möjligt för att få tidig vetskap om när en ny brukare flyttar in på vård- och omsorgsboende. Detta för god planering och patientsäkert mottagande.
- Att få kontinuerlig information om nyheter/utveckling i den samverkan som pågår mellan region och kommun.
- Undersöka möjlighet till att inhämta kompetens under arbetstid inklusive

auskultation.

- Kompetensöverföring, fler gemensamma rehabiliteringsplaner och utbildning tillsammans med region Gävleborg.
- Önskemål om arbetsbeskrivningar för arbetsterapeut/fysioterapeut-sjukgymnast.
- Fortsatt erfarenhetsutbyte med myndighetskontoret/biståndshandläggare.
- Efterhöra om hemtjänst i vissa situationer med samtycke kan följa med till vård- och omsorgsboende för att överrapportera på plats.
- Färdigställa arbete med enhetsrutiner.

Ett arbete har påbörjats i verksamheten som omfattar förbättringsområden och arbetsgrupper inom verksamhetsområde rehabilitering vilket kommer att fortsätta år 2025.

### 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 Velfärd Gävle så dokumenterar arbetsterapeuter och fysioterapeuter utredande och behandlande åtgärder i vårdplaner 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 har utarbetats och även en webbutbildning. Egenregi och externa utförare har fått information om dessa och implementering påbörjas av verksamheterna. I arbetet sker uppföljning exempelvis via Socialstyrelsens KVÅ-koder. Resultat för 2024 och 2023 visas nedan:

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

Jämförelse med år 2023

Kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), Gävle, båda könen, Ålder 65 och uppåt, 2023			
KVÅ-kod	2023		
	jan - apr	maj - aug	sep - dec
AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan	--	--	--
AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan	X	X	--
AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan	--	X	--
AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård	--	--	--
AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan	--	X	--

Kryss i statistik ovan 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.



## Utdrag från enkät inför patientsäkerhetsberättelsen

I enkät till verksamheten inför patientsäkerhetsberättelsen så anges till övervägande del att patienter med behov av bedömning/ träning/behandling av arbetsterapeut/fysioterapeut alltid eller oftast kan erbjudas detta. När det gäller träning/behandling som ska utföras via egenvård med stöd av annan så överväger svaret att den oftast blir utförd.

## Ändring i Hälso- och sjukvårdslagen - Rehabilitering

Sedan 1 januari 2024 så finns en ändring i Hälso- och sjukvårdslagen 13a kap. Primärvårdens grunduppdrag: Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt... "4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar..." En bakgrund till detta ska vara att förtydliga rehabiliteringsansvaret, att rehabilitering är högt prioriterat och att det finns stort behov av rehabilitering.

## Definition enligt Socialstyrelsens termbank - Rehabilitering

"insatser som ska bidra till att en person **med förvärvad funktionsnedsättning**, utifrån dennes behov och förutsättningar, **återvinner eller bibehåller** bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet"

## 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.

Resultatet för år 2024 visar att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år gällande riskbedömning av fall och trycksår inom hemsjukvård. Antalet genomförda riskbedömningar jämfört med föregående år har minskat litet gällande vård- och omsorgsboende. Varje patient ska erbjudas riskbedömning två gånger per år och teamarbetet är en förutsättning för personcentrerade åtgärder med gott resultat.

*\*Utifrån att det krävs kännedom om en manuell registrering av genomförd riskbedömning i journalsystemet (under "Enstaka åtgärd") så finns risk för felkälla, dvs att det skulle kunna saknas registreringar i statistiken. Denna risk kan motverkas genom uppföljning av respektive enhets statistik samt vid introduktion av nya medarbetare.*

## Riskbedömningar

Antal personer DRFI    Antal personer MNA    Antal personer Norton    Antal personer ROAG

1 015

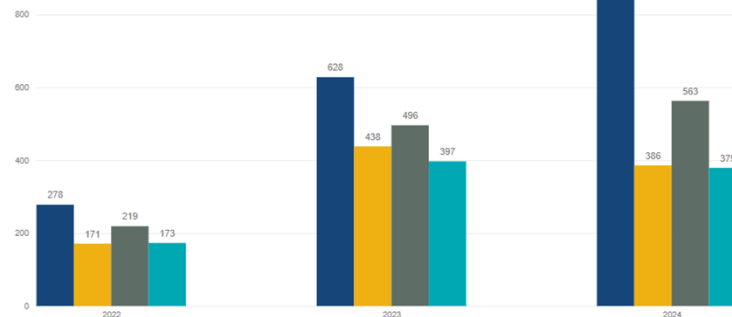
633

873

605

Antal pågående insatser av År och Insatstyp

Insatstyp: ● Riskbedömning DRFI ● Riskbedömning MNA ● Riskbedömning Norton ● Riskbedömning ROAG



Gävle kommun

År. Månad

Flera val

Verksamhet VO

HSL - Hemsjukvård

☒ Markera alla

☐ (Tom)

☐ HSL - Avlösningsboende

☐ HSL - Boende LSS

☐ HSL - Boende Psykiatri

☒ HSL - Hemsjukvård

☐ HSL - Vård- och omsorgsboende

Utrikesfödd

Alla

Data senast uppdaterat: 2025-01-1...

## Riskbedömningar

Antal personer DRFI    Antal personer MNA    Antal personer Norton    Antal personer ROAG

1 097

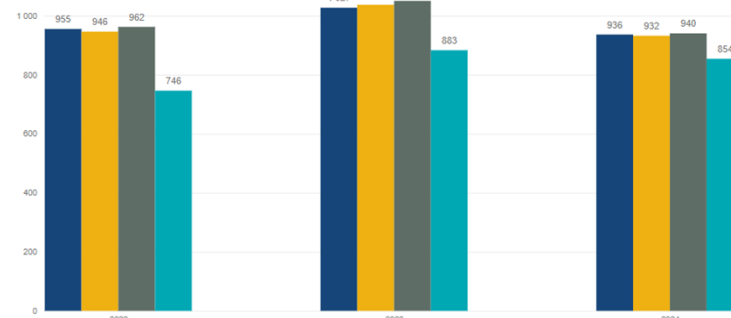
1 087

1 099

1 000

Antal pågående insatser av År och Insatstyp

Insatstyp: ● Riskbedömning DRFI ● Riskbedömning MNA ● Riskbedömning Norton ● Riskbedömning ROAG



Gävle kommun

År. Månad

Flera val

Verksamhet VO

HSL - Vård- och omsorgsboende

☒ Markera alla

☐ (Tom)

☐ HSL - Avlösningsboende

☐ HSL - Boende LSS

☐ HSL - Boende Psykiatri

☐ HSL - Hemsjukvård

☒ HSL - Vård- och omsorgsboende

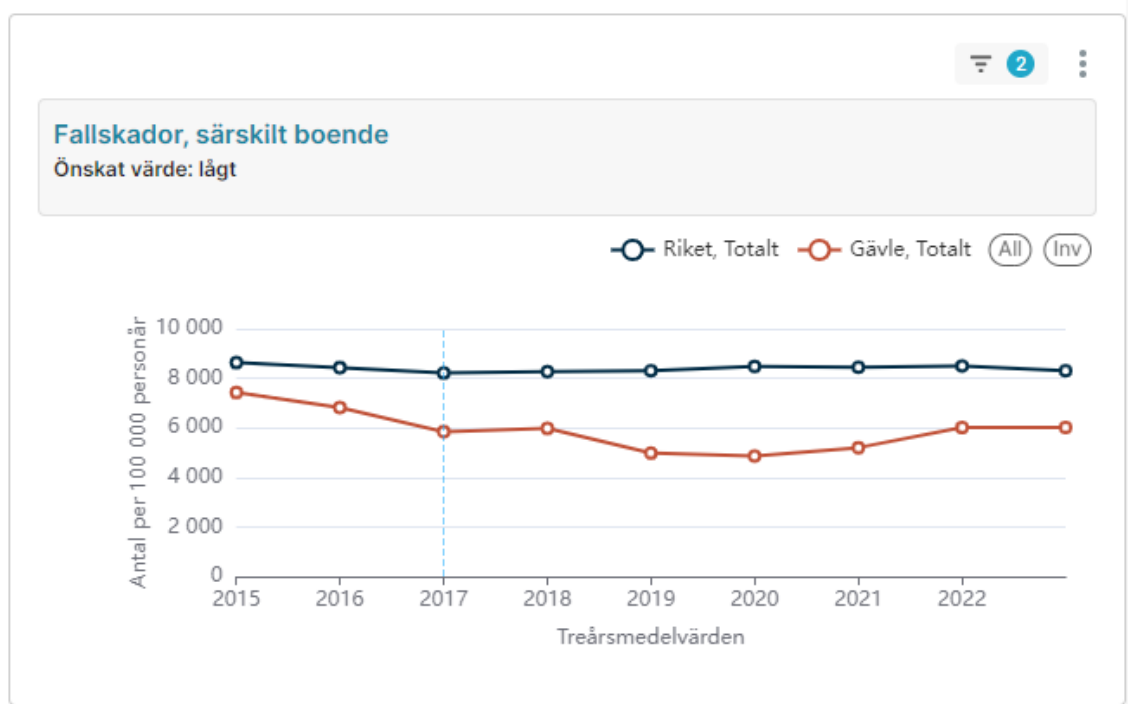
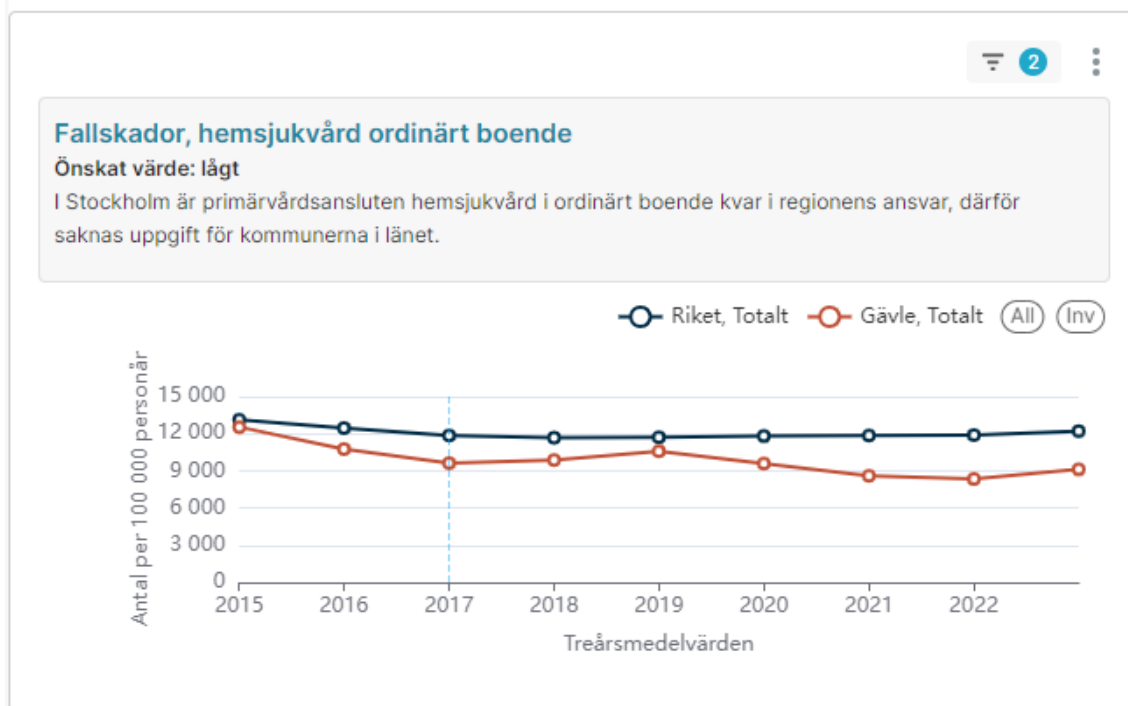
Utrikesfödd

Alla

Data senast uppdaterat: 2025-01-1...

## 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.



### Skyddsåtgärder hemsjukvård 2024

Antal personer med skyddsåtgärd inom hemsjukvård understiger tio. Det som förekommer är sänggrindar och rullstolsbord.

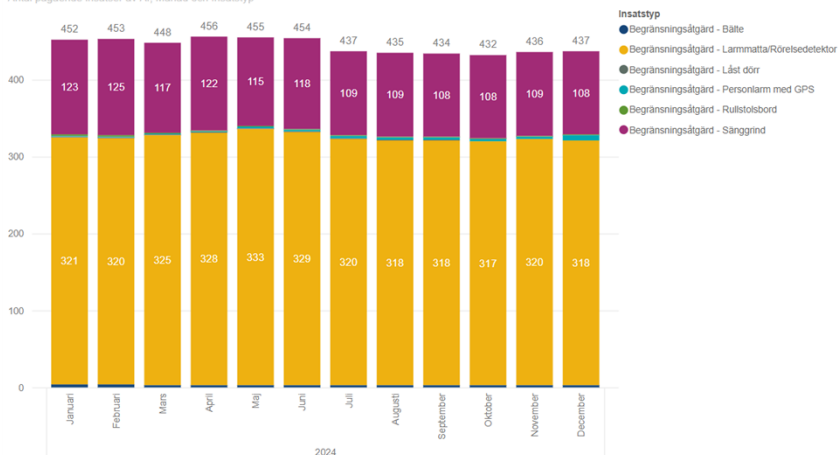
### Skyddsåtgärder vård- och omsorgsboende 2024

## Begränsningsåtgärder

Antal personer med begränsningsåtgärder

559

Antal pågående insatser av År, Månad och Insatstyp



Gävle kommun

År, Månad

2024

Verksamhet VO

HSL - Vård- och omsorgsboende

Organisatorisk enhet

Alla

Beslutstyp

Alla

Kön

Alla

Utrikesfödd

Alla

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

### Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd

2023: 612

2022: 603

2021: 538

Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

### Temagranskning - Skyddsåtgärder

Kvalitetsteamet har arbetat med att utveckla de granskningar som görs och har därför beslutat att genomföra olika tematiska granskningar med syfte att få en ”ögonblicksbild” kring hur det ser ut i verksamheterna gällande olika frågeställningar. Denna granskning är kvalitetsteamets första tematiska granskning och handlar om skydds- och begränsningsåtgärder.

Slutsats utifrån temagranskning av skyddsåtgärder Valfärd Gävle:

Utifrån den låga svarsfrekvensen går det inte att få fram ett säkert resultat i granskningen. De slutsatser som kan göras utifrån studiens resultat är att det överlag finns en kunskap kring vad skydds- och begränsningsåtgärder är för något och i egen regi finns det överlag kunskap kring aktuell rutin.

Det framkommer dock att det i relativ stor utsträckning saknas kunskap kring enhetschefens ansvar gällande skyddsåtgärder. Detta tydliggörs även i de fritextsvar som inkommit där flertalet chefer har uppgett att de inte har kännedom om skyddsåtgärder på sin enhet, se bilaga.

Av temagranskningens resultat framgår att det finns önskemål, både från egen regi och privata utförare, att det finns önskemål om utbildningsinsatser inom området. Vilka utbildningsinsatser som är nödvändiga samt hur de lämpligast kan genomföras ingår i uppdraget som gavs 2024 men detta behöver även ingå i kompetensförsörjningsprocessen. Rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder behöver också revideras utifrån resultatet vilket Kvalitetsteamet åtar sig att göra.

## 4.4.1 Avvikelser

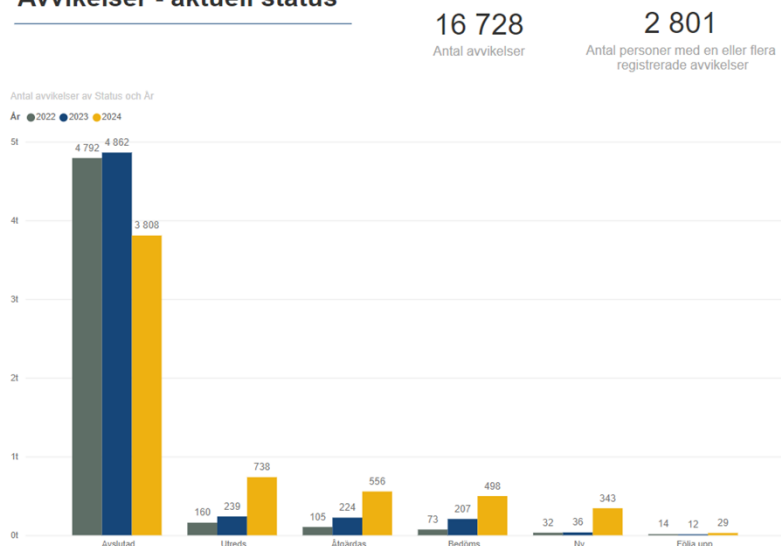
### Avvikelser

Enligt rutin ska enhetschef föra statistik på klagomål/avvikelser, analysera och identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sen vidare till Kvalitetsteamet. Samtliga verksamhetschefer har inkommit med årlig sammanställning av klagomål/avvikelser 2024.

Inom alla verksamhetsområden är det fall och läkemedel som är vanligast förekommande bland avvikelser. Trenden på antal registrerade avvikelser är stigande. Andelen ej hanterade avvikelser har samtidigt fortsatt att öka. Det finns fortfarande många avvikelser från 2024 som inte är bedömda, åtgärdade och avslutade. Av de avvikelser som inte har sannolikhets- och allvarlighetsbedömts kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare som Lex Maria.

*Nedan bilder visar övergripande statistik för avvikelsehantering (hälso- och sjukvård samt äldreomsorg)*

#### Avvikelser - aktuell status



#### Gävle kommun

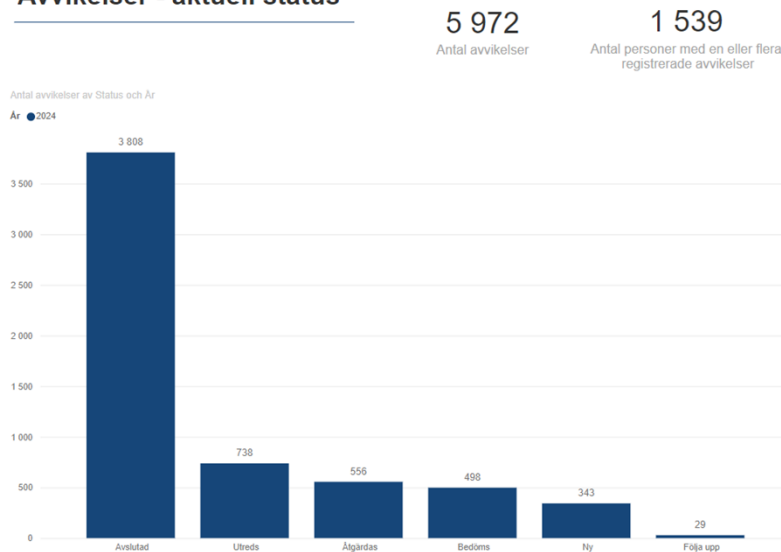
År, Månad  
Flera val

Verksamhet  
Flera val

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

Status  
Alla

#### Avvikelser - aktuell status



#### Gävle kommun

År, Månad  
2024

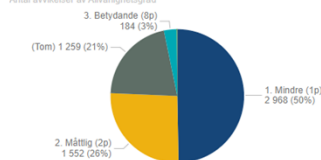
Verksamhet  
Flera val

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

Status  
Alla

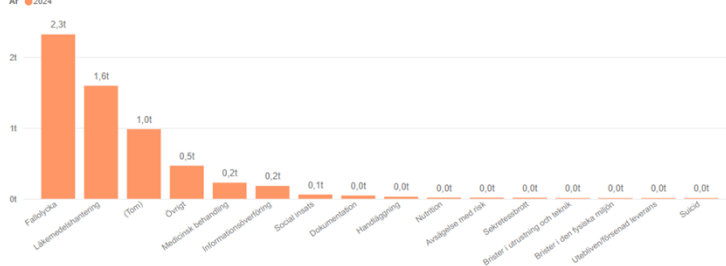
## Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År 2024



5 972  
Antal avvikelser

1 539  
Antal personer med en eller flera re...



Gävle kommun

År, Månad

2024

Verksamhet

Flera val

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

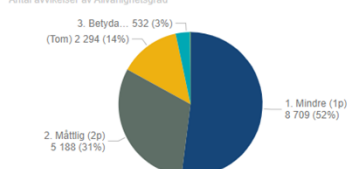
Status

Alla

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

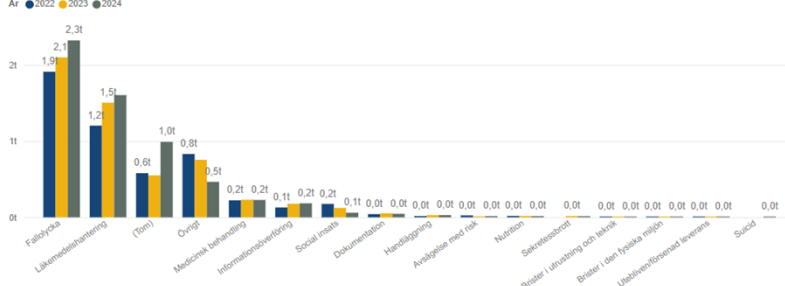
## Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År 2022 2023 2024



16 747  
Antal avvikelser

2 805  
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: 2025-01-1...

## Analys från hälso- och sjukvårdskontoret gällande avvikelser:

Identifierade bakomliggande orsaker till avvikelser är:

- Brister i delegeringsutbildning; olika innehåll ges i utbildningen
- Uteblivna läkemedelsgivningar/medicinska behandlingar; åtgärder planeras ej in i TES
- Brister i TES verktyget; planeringsverktyget används ej av samtliga HSL-enheter vilket leder till att åtgärder och uppföljningar missas
- Brister i suicidhantering; bristande kompetens och rutinen för suicid är ej känd
- Brister gällande palliativ vård; patienter får vänta på bedömning och vård
- Brister i att få kontakt med sjuksköterska på konsulttid
- Brister i introduktionen av hälso- och sjukvårdspersonal

Åtgärder:

- Extra telefon är insatt för palliativa patienter/anhöriga/personal att ringa in till sjuksköterska under konsulttid
- Planeras för samverkansträffar med Palliativa teamet 4 ggr/år i syfte att kompetenshöja och öka samverkan
- Nytt telefonsystem konsulttid

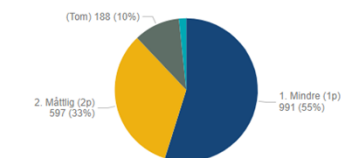
- Arbetsgrupp gällande delegeringar
- Inventering av introduktionsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal

## Avvikelse läkemedelshantering

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

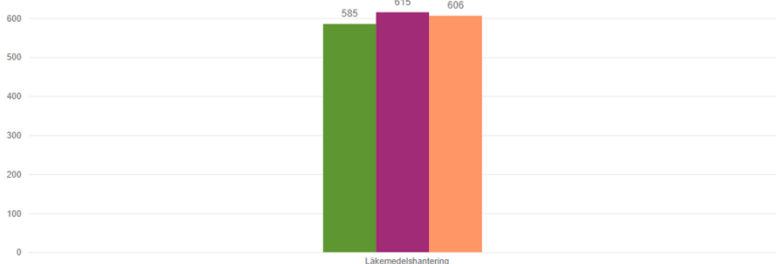
### Avvikelse - aktivitet

Antal avvikelser av Aktivitetsgrad



Antal avvikelser av Aktivitetsgrad och År

År ● 2022 ● 2023 ● 2024



1 806  
Antal avvikelser

791  
Antal personer med en eller flera re...

Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

Flera val

☐ Ulag verksamhet

☐ EDV

☐ Hemtjänst inkl natt och larm

☐ HSL - Avlösningboende

☐ HSL - Boende LSS

☐ HSL - Boende Psykiatri

☐ HSL - Hemsjukvård

☒ HSL - Vård- och omsorgsboende

☐ Korttidshem

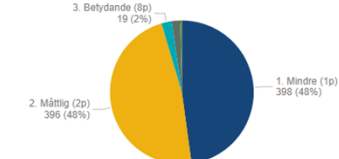
☐ PASS

☒ Vård- och omsorgsboende

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

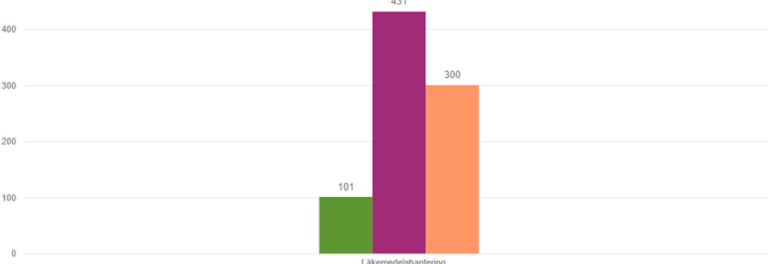
### Avvikelse - aktivitet

Antal avvikelser av Aktivitetsgrad



Antal avvikelser av Aktivitetsgrad och År

År ● 2022 ● 2023 ● 2024



832  
Antal avvikelser

351  
Antal personer med en eller flera re...

Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

HSL - Hemsjukvård

☐ Ulag verksamhet

☐ EDV

☐ Hemtjänst inkl natt och larm

☐ HSL - Avlösningboende

☐ HSL - Boende LSS

☐ HSL - Boende Psykiatri

☒ HSL - Hemsjukvård

☐ HSL - Vård- och omsorgsboende

☐ Korttidshem

☐ PASS

☐ Vård- och omsorgsboende

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

## Analys från verksamhetschefer enligt SOL gällande läkemedelsavvikelse:

### Vård- och omsorgsboenden

Trenden är att läkemedelsavvikelse har ökat från föregående år. Det är svårt att bedöma om detta beror på att fler avvikelser faktiskt förekommit eller om rapporteringen av avvikelser varit högre 2024.

Identifierade bakomliggande orsaker till avvikelser är:

- Stressig arbetsmiljö
- Skiftbyten
- Mänskliga faktorn - personalen glömmar bort att ge läkemedel

- Treserva mobilapp laggar - det tar tid innan det fungerar och medarbetarna glömmer då bort att signera
- Avvikelser i samband med utskrivning från sjukhus - ändrad ordination som inte stämmer överens med ordinationshandling
- Brist i kommunikation - svårt att få kontakt med sjuksköterskor på konsulttid
- Brist i samverkan - bristande sjuksköterskebemanning, sjuksköterskorna har gått kort vid flera tillfällen och många hyrsjuksköterskor
- Språkförbistringar
- Bristande följsamhet till rutinen för läkemedelshantering

#### Åtgärder:

- Då läkemedelsavvikelser varit orsakade av samma person har delegeringen dragits
- Förändringar i schemat för att undvika att medicindelning sker vid skiftbyten
- Verksamheten har pågående samarbete med sjuksköterskorna i verksamheten för att säkerställa att den delegerade omvårdnadspersonalen har förståelse för riktlinjer och rutiner kring läkemedelshantering
- Genomgång av rutiner på APT
- Avvikelsemöten med enhetschef, rehab, ssk och medarbetare varje vecka där man går igenom veckans inkomna avvikelser
- I de verksamheter där man har ett gott samarbete med hälso- och sjukvårdskontoret har läkemedelsavvikelsena minskat

#### Hemtjänst

Identifierade bakomliggande orsaker till avvikelser är:

- Brist i planering, omvårdnadspersonal utan delegering har fått kund i sin planering där läkemedel ska ges
- Läkemedel bortglömda pga att andra insatser gjordes först
- Brist i delegeringsprocessen
- Fattas personal med delegering
- Personal uppfattar innebörden i ordination på felaktigt sätt
- Digital signering fungerar ej - mobiltäckning saknas hos kund
- Signeringsfrist har överskridits då personal är sen till kund
- Vårdplaner med åtgärder är ej skickad till omvårdnadspersonal från sjuksköterska
- Ej optimal planering mellan hemtjänst och hemsjukvård
- Svårigheter att kunna kontakta hemsjukvården under kvällstid
- Bristande följsamhet till rutin för läkemedelshantering

#### Åtgärder:

- Dialog med planerare för att säkerställa att personal med delegering planeras in på rätt rad
- Dialog med personal om vikten av att prioritera att ge läkemedel
- Säkerställ att personal verkligen är delegeringsbar
- Samverkan med ansvariga sjuksköterskor

#### 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 är fysisk träning i form av

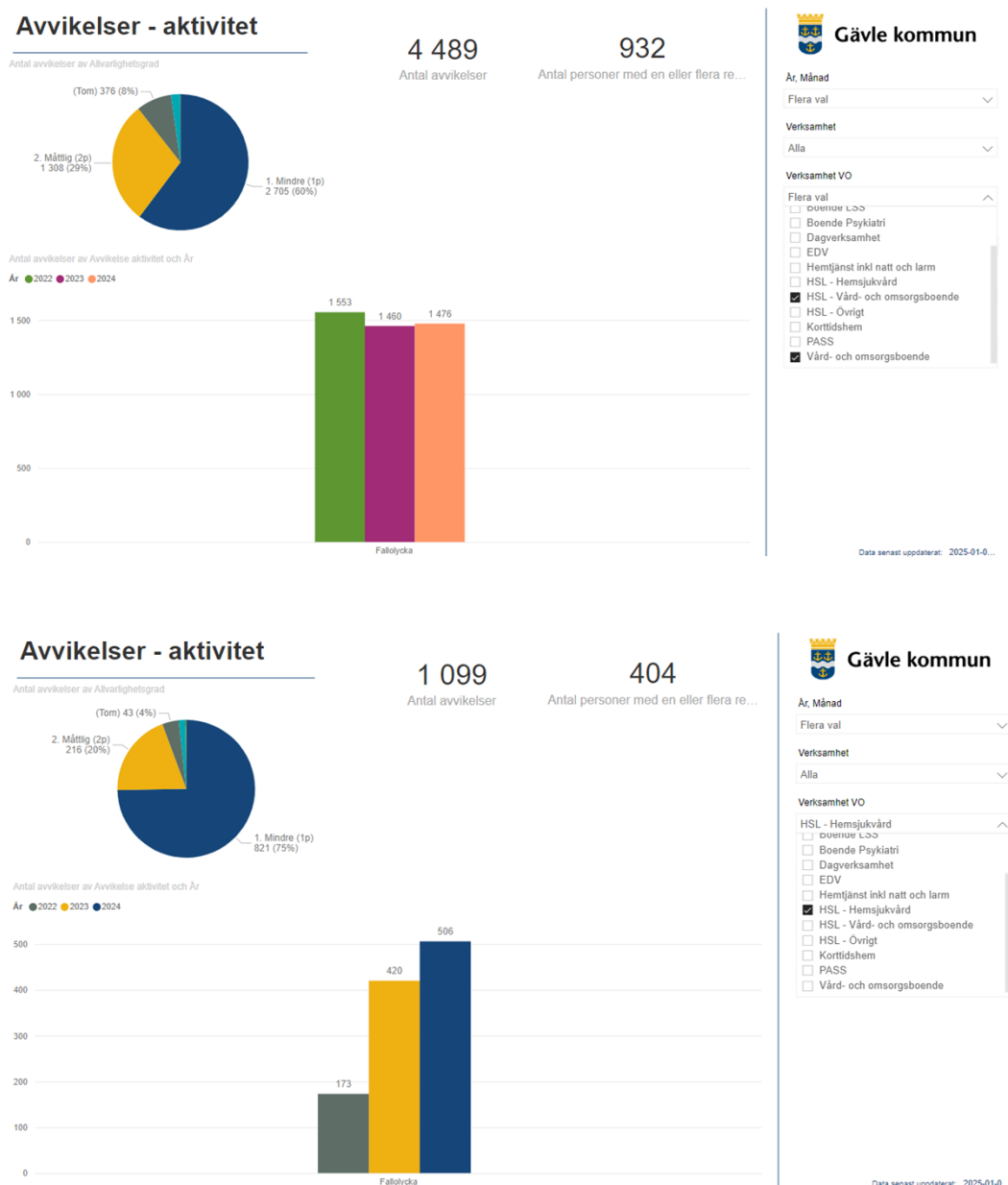


kombinerad balans- och styrketräning. Koll på läkemedelsintag, säker miljö och god nutrition anses också minska fallrisken.

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).



### Analys från hälso- och sjukvårdskontoret gällande fall-avvikelser

Det finns viktiga rapporterade förbättringsarbeten att aktualisera gällande fallprevention till exempel att nå högre följsamhet till rutin för individuella riskbedömningar, att upprätta enhetsrutiner gällande arbetssätt för fallprevention i teamsamverkan samt att upprätthålla teamträffar/hemvårdsträffar.

## **Analys från verksamhetschefer enligt SOL gällande fall-avvikelser**

Vård- och omsorgsboende: Fall-avvikelser är den mest vanligt förekommande avvikelser. Fall tycks ske jämnt fördelat över dygnet, möjligen något fler på kvällstid. I vissa verksamheter uppges att det kan ske ett högre antal fall vid skiftbyten och på morgonen. Övervägande del är oövevakade fall. Fallolyckorna uppges ha olika orsaker utifrån individ. Bristande möjlighet att hinna vaka över patienter/kunder med fallrisk nämns också. En annan noterad orsak kan vara att många patienter/kunder önskar stiga upp samtidigt på morgonen och omvårdnadspersonalen hinner då inte med alla kunder. Enheter arbetar med avvikelsemöten i team för att hitta individuella åtgärder för att minska fall.

Hemtjänst: Beskrivningar finns gällande att fallolyckor ofta har skett innan omvårdnadspersonal kommit till hembesöket. Hemtjänsten hittar sällan organisatoriska orsaker till fallolyckor. De kan åtgärda hinder i miljön ibland, de ger även förslag till hälso- och sjukvården om åtgärder och kommunicerar med legitimerad personal.

### ***4.4.2 Klagomål och synpunkter***

#### **Klagomål och synpunkter**

Nedan redovisning utgår från det som inkommit till diariet och omfattar medicinska klagomål/avvikelser. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammat.

Inkomna klagomål och avvikelser till hälso- och sjukvårdskontoret 2024:

*IVO: 3 st*

Två av klagomålen har inkommit från närstående gällande brister i kommunikationen med närstående kring palliativ vård, brytpunktsbedömning och läkemedelsbehandling. Ett av klagomålen gäller brister i omvårdnad och bemötande.

*Övriga klagomål: 16 st*

Majoriteten av klagomålen rör brister i omvårdnad och bemötande. Övriga klagomål handlar om fortkörning i tjänstebil, saknad återkoppling på ärende, brister i kommunikation med närstående, brister i läkemedelshantering samt brister gällande att sjuksköterskor inte finns tillgängliga för hembesök.

*Externa avvikelser från Region Gävleborg: 38 st*

Klagomålen gäller:

- Vårdens övergångar: bristande informationsöverföring, bristande samverkan, brister i följsamhet till rutiner, brister i bemötande
- Palliativ vård: sjuksköterska åker ej ut på bedömningar i hemmet, palliativa patienter får ringa ambulans eller åka till akuten
- Brister i omvårdnad
- Brister i läkemedelsbehandling
- Brister i sårbehandling; bristande följsamhet till ordinationer, bristande uppföljning
- Bristande identitetskontroll: felaktiga personnummer på remiss och/eller provrör

#### **Patientnämnden**

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivaren och se till att klagomålen blir besvarade av vårdgivaren. Patientnämnden lyfter vikten av att se klagomål och synpunkter som ett sätt att involvera patienter och närstående i verksamhetens säkerhetskultur.

Under 2024 har det inkommit sju ärenden till patientnämnden gällande verksamheter inom omvårdnadsnämndens område. Ärendena handlar i huvudsak om bristande omvårdnad och samverkan. Sex av ärendena har besvarats skriftligt av verksamheten och ett ärende har endast inkommit till verksamheten för kännedom, utan begäran om skriftligt yttrande. Åtgärder som vidtagits av verksamheten utifrån klagomålen är bland annat genomgång av rutiner, upprättande av handlingsplan och förbättrad samverkan.

#### **4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap**



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Verksamheten har sedan tidigare utarbetat stabsplaner för när verksamheten ska agera och hur. Arbetet är utvecklat med åtgärdskort och verksamheten har tagit fram ett helhetskoncept för sektorn som är överlämnat till Säkerhetsansvarig. Säkerhet prioriteras både i form av säkerhet på arbetet samt beredskap för händelser i form av extraordinära händelser. Beredskap för ex väderfenomen och elavbrott.

##### **Krisberedskap för livsmedelsförsörjning**

Redan hösten 2022 inledde säkerhetssamordnare tillsammans med nutritionsansvarig dietist (NAD) arbetet med att börja ta fram kontinuitetsplaner tillsammans med samtliga verksamheter inom kontor boende. En kontinuitetsplan berättar hur man ska arbeta när förutsättningarna är förändrade. Arbetet belyste behovet av ett särskilt uppdrag gällande livsmedel. Inom detta uppdrag utreddes frågan kring vilken mat som skulle köpas in, var och hur den skall förvaras och vilka som skulle omfattas av ett så kallat krislager. Arbetet började hösten 2023 och förväntades vara klart i maj 2024. Under senare delen av 2024 blev arbetet klart gällande inköp av livsmedel. Det arbete som återstår är hur lagret skall distribueras och omsättas. Beslut har tagits kring vilka som omfattas av lagret och det är samtliga som idag har stöd och hjälp inom Valfärd Gävles olika boendeformer (LSS och SoL) och i ordinärt boende (egen regi och externa). Även personal inom egen regins verksamheter omfattas.

##### **Utbildning i stabsmetodik**

MAS och MAR har deltagit på utbildning i stabsmetodik i Gävle kommuns regi. Utbildningen syftade till att förse medarbetare, som kan komma att ingå i en krisledning, med relevanta verktyg och metoder för att kunna fullgöra rollen som stabsmedlem. Inför utbildningen i stabsmetodik genomfördes en webbutbildning i totalförsvar hos myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Efter utbildningen genomfördes en praktisk övning i stabsmetodik inom Sektor Valfärd. Syftet med övningen var att tillämpa stabsmetodik.

## **Kontinuitetsplaner**

Arbete med kontinuitetsplaner påbörjades under hösten 2024 och finns påbörjade inom samtliga fem områden;

- Personalbortfall
- Elavbrott
- Vattenavbrott
- Väderstörning
- IT-störning

Arbetet leds av en ansvarig utsedd enhetschef inom Hälso- och sjukvårdskontoret.

## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Mål

Omvårdnadsnämnden har ställt sig bakom den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet med målet “Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”.

God kvalitet gällande hälso- och sjukvård behöver säkerställas och prioriteras under 2025.

### Strategier 2025

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.

Ställningstagande till användning av kvalitetsregister såsom

**Senior Alert** är ett nationellt kvalitetsregister. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som stödjer vårdprevention, ett förebyggande arbete för äldre personer som riskerar att falla, drabbas av undernäring, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion eller trycksår. Den enskilde som möter vård och omsorg ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå och varje vårdgivare får möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en följd minska uppkomna vårdskador. Senior alert fungerar också som en källa för forskning

Varje år registreras 100 000 individer i Senior alert och kvalitetsregistret innehåller omfattande uppgifter om förebyggande arbete i 288 av landets kommuner och hälften av regionerna.

Senior alert har tillsammans med en leverantör av verksamhetssystem möjliggjort integrering mellan journal och Senior alert (för två kommuner). Samma leverantör fortsätter arbetet med journalintegrering för att kunna erbjuda och ansluta flera av sina kunder(kommuner). Två andra leverantörer av verksamhetssystem har på börjat pilotarbete med vardera två kommuner. Valfärd Gävles leverantör av verksamhetssystem har i dagsläget ej något påbörjat pilotprojekt.

**Svenska Halt** är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende, metoden är evidensbaserad. Svenska Halt genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. För att delta behöver verksamheten vara ansluten till Senior alert.

**RiksSår** är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med svårsläkt sår. Ett svårsläkt sår medför ofta kraftigt nedsatt livskvalitet för den enskilde och för hälso- och sjukvården betydande resursbehov och kostnader.

Genom att registrera i RiksSår effektiviseras omhändertagandet och det ges ett kliniskt verktyg för struktur och ökad kunskap samt rapporter över resultat och utvecklingsområden. Strukturerat arbete kan innebära minskade sårsläkningstider och ökad livskvalitet för den enskilde samt kostnadsbesparingar.

## Planerade åtgärder och aktiviteter 2025

**Att** implementera vårdförlopp inom Valfärd Gävle utifrån det länsgemensamma arbetet.

**Att** säkerställa hantering med inventering/register för att uppfylla lagkrav gällande spårbarhet och kalibrering/service av medicintekniska produkter såsom mätutrustning. Det behövs även ett fortsatt utvecklingsarbete för motsvarande säkerställande gällande kommunägda hjälpmedel.

**Att** alla sjuksköterskor genomgår lärarledd nutritionsutbildning av NAD eller motsvarande i Kompetensen. Hänvisning till Vårdhandbokens mål att "Det ska finnas personal med adekvat nutritionskompetens på eller knuten till vårdenheten.

**Att** nattfastemätning genomförs med fortsatt målsättning gällande att 100 % av kunderna har en nattfasta som ej överstiger 11 timmar.

**Att** alla patienter ska få den hjälp och det stöd de behöver för att äta eller på annat sätt täcka sitt energi- och näringsbehov och att nutritionsbehandling ska följa vårdprocessen för nutrition med riskbedömning, utredning, diagnos/problem, val av åtgärd samt uppföljning/utvärdering.

**Att** upprätta en plan samt ett årshjul för att säkerställa att det finns aktuella och dokumenterade lokala överenskommelser gällande läkarmedverkan i särskilt och ordinärt boende. I årshjulet ingår uppföljning, revidering samt hantering av ev. avvikelser.

**Att** utarbeta årshjul och egenkontrollplan för hälso- och sjukvård.

**Att** slutföra arbetet med att kvalitetssäkra delegeringsprocessen och revidering av rutin för delegering.

**Att** genomföra en granskning av palliativ vård.

**Att** tydliggöra arbete med riskhantering av verksamhet. Syftet med riskanalyser enligt handboken Utredning av risker-handbok för metoden riskanalys (LÖF) är att "... identifiera risker och bakomliggande, bidragande orsaker till risker och att utforma åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador.

**Att** det inom Valfärd Gävle genomförs ett arbete med strategin, av utsedd arbetsgrupp med utredare, demenssamordnare och sjuksköterskor.

En ny nationell demensstrategi har beslutats i februari 2025. Strategin pekar på flera betydelsefulla utvecklingsområden för vilka mål formulerats.

Demensstrategins fyra mål

1. Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara anpassade efter den enskildes förutsättningar och behov.
2. Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara samordnade samt främja hälsa och förebygga ohälsa.
3. Personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet.
4. Anhöriga till en person som har en demenssjukdom ska få tillgång till adekvat stöd och kunskap för att kunna utöva frivillig anhörigvård på ett hållbart sätt.

.

**Att** strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning för att skapa underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även incitament till att

försöka minska och förebygga riskfaktorer. Rapportering gällande vårdrelaterade infektioner kommer att startas upp och målet är att rapportering sker varje månad från verksamheterna till MAS.

**Att** utveckla arbetet gällande konsultverksamheten inom kontor hälso- och sjukvård för att uppnå hög patientsäkerhet.

**Att** kartlägga kompetensbehov inom hälso- och sjukvårdskontoret.

**Att** systematiskt arbeta med avvikelser i samverkan.

### **Utmaningar 2025**

Systematiskt arbete med uppföljning av resultat - att mäta för att veta

Systematiskt kvalitetsarbete: riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller

Bemanningsituation samt kontinuitet gällande sjuksköterskor

Uppbyggnad av kvalitetsorganisation

Ökad följsamhet till upprättade rutiner

Öka patientens delaktighet och partnerskap utifrån personcentrerad vård

Omställningen till Nära Vård

Samverkan med andra vårdgivare