

Omvårdnadsnämnden

Kallelse och föredragningslista

Sammanträdedatum: 2024-02-22

Sammanträdestid: kl. 08:30-17:00

Plats: Valfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen

Övrig information:

Om du inte kan delta anmäler du det till Lena Wigg, e-post:

lena.wigg@gavle.se.

Gruppmöten:

Den 22 februari, klockan 07.30-08.30, Magasinsplan 19.

Lokaler finns tillgängliga enligt följande:

(S), (MP), (C), (L), (KD): Gevaliasalen

(M): Intensivo, plan 1

(SD), Ebony, plan 1

(V): Espresso, plan 2

Eva Älander (S), ordförande

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2024-02-08, kl 08.15 - 08.50. Närvarande var ordförande Eva Älander (S) 1:e vice ordförande Ullrica Hurtig Hedin (KD) och 2:e vice ordförande Anders Jansson Gladh (M).

6. Informationsärende: Aktuellt från sektor Valfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

- Extern genomlysning av demensvården
- Information om vad det innebär att sitta "vak" (Helén Polmé, Kia Fernlund)
- Aktuell Lex Sarah (Helén Polmé)
- Frågor från (M) - Ersättningsnivåer hemtjänst
- Frågor från (M) - Om Valfärd Gävle utsätts för en hackerattack

Handlingar i ärendet

- Svar på frågor från (M) - Ersättningsnivåer hemtjänst
- Skrivelse - Frågor från (M) till sektor Valfärd – Ersättningsnivåer inom hemtjänst
- Sektor Valfärds svar på frågor från (M) - Om Valfärd Gävle utsätts för en hackerattack
- Skrivelse - Frågor från (M) till sektor Valfärd – Om Valfärd Gävle utsätts för en hackerattack

7. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, december 2023

Diarienummer: 23ON13

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende december 2023.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Emma Edorsson.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Ekonomisk månadsrapport, december 2023
- Bilaga 1, Ekonomisk månadsrapport, december 2023

8. Beslutsärende: Årsredovisning år 2023 för Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 23ON523

Förslag till beslut

- Att godkänna årsredovisningen avseende år 2023 för Omvårdnadsnämnden,
- Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Emma Edorsson, Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Årsredovisning år 2023 för Omvårdnadsnämnden
- Verksamhetsrapport år 2023 för Omvårdnadsnämnden
- Bilaga - Hälso- och sjukvårdskontoret, delår 3, 2023

9. Beslutsärende: Besparingsförslag för Omvårdnadsnämnden – anpassningar utifrån budget 2024

Diarienummer: 24ON71

Förslag till beslut

Att uppdra till sektor Vårld att genomföra besparingar genom att:

- Minska antalet platser på avlösningstvstelse till 10 platser
- Enheten för anhöriganställda med 3 årsarbetare och anhöriganställda medarbetare avvecklas. Alla anhöriganställda medarbetare inom enheten sägs upp. Kunder får välja annan utförare för sin insats
- Utredda att minska serviceinsatser och att införa rambeslut
- Månadsvis följa effektiviseringar utifrån bemanningshandboken, behovet av bemanningssjuksköterskor samt införandet av sk helgtjänster
- I mars återkomma med förslag kring att minska anhörigstöd, träffpunkter samt volontärsamordning

Att uppdra till sektor Vårld att i samband med de ekonomiska månadsrapporterna under nämnderna återrapportera på respektive område.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

Handlingar i ärendet

- Besparingsförslag – anpassningar utifrån budget 2024

10. Beslutsärende: Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden, Vårld Gävle år 2023

Diarienummer: 23ON525

Förslag till beslut

- Att Omvårdnadsnämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2023 som sin egen samt ställer sig bakom målen, strategierna och aktiviteterna för patientsäkerhetsarbetet 2024.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Yvonne Bergman, Linnea Skytt.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Patientsäkerhetsberättelse år 2023 för Omvårdnadsnämnden
- Patientsäkerhetsberättelse år 2023 för Omvårdnadsnämnden
- Bilaga - Rapport journalgranskning 2022

11. Beslutsärende: Uppföljning av Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2023

Diarienummer: 23ON520

Förslag till beslut

- Att godkänna rapporten avseende genomförda kontroller enligt Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2023, samt
- Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv - Uppföljning plan för intern styrning och kontroll 2023
- Uppföljning av Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2023

12. Beslutsärende: Remiss - Handbok för hälsoval

Diarienummer: 24ON13

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget, samt
- Att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Elin Fridell.

Handlingar i ärendet

- Yttrande över remiss - Förslag till ny hälsovalshandbok 2025
- Remiss till Omvårdnadsnämnden - Handbok för hälsoval
- Handbok för hälsoval, Gävleborg 2024

13. Beslutsärende: Boendeplan för särskilt boende för äldre - 2024-2028 med utblick mot 2035

Diarienummer: 23ON490

Förslag till beslut

- Att anta framlagt förslag till boendeplan för särskilt boende för äldre 2024 - 2028 med utblick mot 2035 utifrån nämndens ansvarsområde,
- Att hemställa att kommunstyrelsen beslutar vidta erforderliga plan- och genomförandeåtgärder så att beståndet av särskilda boenden kan anpassas enligt den fastställda boendeplanen, samt
- Att hemställa att nödvändiga investerings- och driftskostnader förknippade med anpassningen av beståndet av särskilda boenden enligt den fastställda boendeplanen beaktas i kommunens års- och långtidsbudgetar.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Anna Åkerbris.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Boendeplan för särskilt boende för äldre - 2024-2028 med utblick mot 2035
- Boendeplan för särskilt boende för äldre - 2024-2028 med utblick mot 2035 - 23ON490

14. Beslutsärende: Initiativärende (V) – Anhörigvårdare

Diarienummer: 23ON534

Förslag till beslut

- Att initiativärendet och dess yrkande skall anses besvarat.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Helén Polmé.

Handlingar i ärendet

- Yttrande/svar angående: Initiativärende (V) – Anhörigvårdare
- Initiativärende (V) – Anhörigvårdare

15. Beslutsärende: Initiativärende (V) – Samordning hemtjänst och hemsjukvård

Diarienummer: 23ON535

Förslag till beslut

- Att initiativärendet och dess yrkande skall anses besvarat.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Helén Polmé, Anneli Lindblom.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Samordning hemtjänst och hemsjukvård (V)
- Initiativärende (V) – Samordning hemtjänst och hemsjukvård

16. Beslutsärende: Verksamhetsplan 2024 för Omvårdnadsnämnden till kommunplan 2024 med utblick 2025-2027

Diarienummer: 23ON420

Förslag till beslut

- Att anta förslag till verksamhetsplan för Omvårdnadsnämnden för perioden 2024 - 2027, samt
- Att överlämna verksamhetsplanen till kommunstyrelsen för kännedom.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Eva Älander.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Verksamhetsplan 2024 för Omvårdnadsnämnden till kommunplan 2024 med utblick 2025-2027
- Verksamhetsplan 2024 för Omvårdnadsnämnden till kommunplan 2024 med utblick 2024

17. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Diarienummer: 24ON64

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

18. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

- Blänkare: Socialchefsdagar, 2-4 oktober 2024, Stockholm
- Rapport från deltagande i SKR:s mötesplats för framtidens hälsa, vård och omsorg för äldre, 23/1

19. Kommande beslut: Förenklat beslutsfattande för vissa insatser enligt socialtjänstlagen

Diarienummer: 24ON72

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Elin Fridell.

Handlingar i ärendet

- Förenklat beslutsfattande för vissa insatser enligt SoL

20. Kommande beslut: Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2024

Diarienummer: 23ON521

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Martin Wagner.

21. Kommande beslut: Översyn av reglemente - Föreningsstöd till föreningar för målgrupper inom sektor Valfärds nämnders ansvarsområden

Diarienummer: 24ON73

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Caroline Engberg.

Handlingar i ärendet

- Översyn av reglemente för föreningsstöd till föreningar för målgrupper inom sektor Valfärds nämnders ansvarsområden

22. Kommande beslut: Remiss på motion - Obligatorisk utbildning i Hjärt- lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg

Diarienummer: 23ON543

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Caroline Engberg.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Remiss - Obligatorisk utbildning i hjärt- och lungräddning
- Missiv - Motion från från Vänsterpartiet (V) - Obligatorisk utbildning i Hjärt- och lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg. Dnr 23KS159
- Motion gällande obligatorisk utbildning i Hjärt- lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg

23. Kommande beslut: Delgivningsmottagare inom sektor Valfärd

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Magnus Höijer.

24. Informationsärende: Rapport om ej verkställda beslut enligt SoL, kvartal 4, år 2023

Diarienummer: 23ON172

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Rapport om ej verkställda beslut, kvartal 4 år 2023

25. Informationsärende: Anmälningssärenden

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- §2 KF Avsägelse samt fyllnadsväl 2023(23KS1-56)
- Verksamhetsplan dataskydd 2024
- Granskningsrapport årlig GDPR-granskning 2023_omvårdnadsnämnden
- 2023 Årsrapport informationssäkerhet_Välfärd Gävle
- Sektorsamverkan 2023-11-20
- Sektorsamverkan 2023-10-23
- Sektorsamverkan 2023-09-25
- §30 KS Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024
- Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024
- Tjänsteskrivelse - Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024

Informationsärende: Aktuellt från sektor Valfärd

6



Tjänsteskrivelse

2024-02-14

Handläggare:

Emma Edorsson, Helén Polmé
Tfn 026 - 17 80 00
emma.edorsson@gavle.se
helen.polme@gavle.se

Darienummer: 24ON60

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Sektor Vårds svar på frågor från (M) – Ersättningsnivåer hemtjänst

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Vårds angående ersättningsnivåer hemtjänst.

Sektor Vårds svar på frågorna

Anders Jansson Gladh (M) inleder frågeställningarna med följande:

"PWC Slutrapport "Kartläggning av hemtjänstersättningarna i LOV-kommuner" 2023-05-16 framgår följande för Gävle kommun. Ersättningsnivåer hemtjänst för Privat utförare var 480 kr/h kommunal utförare 521 kr/h det vill säga 41 kr/h mera för kommunal verksamhet.

Förklaring till varför egenregi har ett högre timpris är att egenregi har huvudansvaret och har driften i områden som är dyrare att driva samt att man har högre krav kring heltidsanställningar inom kommunen."

- 1. Hur stor del av beloppet (41 kr/h) som den kommunala hemtjänsten kompenseras med mer per hemtjänsttimme i kronor går till:**
 - a) Administration kopplat till "huvudansvaret", utgår från att det bara avser administration kopplat till den kommunala hemtjänsten?**
 - b) Drift i områden som är dyrare, utgår från att detta är ytterområden som avses?**

c) *Krav på heltidsanställning, utgår från att det gäller kommunalt anställda inom hemtjänsten?*

Skillnaden i ersättning mellan egen regi och externa utförare har minskat med åren, glappet var inledningsvis större men de externa har över tid fått högre uppräknings än verksamhet i egen regi. Hur stor andel av prisskillnaden som utgörs av ovan punkter är därmed svår att återge. I den utredning som extern part gjorde inför beslut om införande av valfrihetssystemet gavs rekommendationer utifrån de olika ekonomiska förutsättningar som förelåg.

I Gävle kommun har alla medarbetare rätt att arbeta heltid. Heltidsmålet för omvårdnadspersonal som arbetar kvällar och helger är 36,75 timmar per vecka inom Valfärd Gävle. Brukligt i de flesta verksamheter och kommuner ett heltidsmål om 38,25 timmar per vecka. Detta medför en högre kostnad per medarbetare. Konsekvens av heltidsmål innebär en fördyring i schemaläggning, då antalet medarbetare som krävs är densamma som för verksamheter utan rättighet till heltid, dock med fler arbetstimmar (och därmed högre lönekostnader) att planera ut i schema.

Administrationen kring IT-stödet kopplat till de verksamhetssystem som används ligger på egen regi, samt står Valfärd Gävle för mjukvara. Upphandlingsteamet vilka gör avtalsuppföljningar medför kostnad för egen regi.

2. *Får den kommunala hemtjänsten som inte har kunder i ytterområden en reducerad timersättning i förhållande till den kommunala hemtjänsten som har kunder i ytterområden och i så fall hur mycket?*

Hemtjänstenheter i ytterområden (Hamrånge och Hedesunda) har en högre timersättning, för 2023 är ersättningen 554 kr per utförd timme.

Även i egen regi är priserna differentierade. Från Myndighet utgår en och samma ersättning för hemtjänst i egen regis innerområden, men på enhetsnivå fördelas ersättningen olika beroende på t ex antal bilar och restid, där områden i stadskärnan (exempelvis City Norr) har lägre ersättning och områden i utkanten (exempelvis Hille/Strömsbro) har större ersättning.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Valfärd



Fråga till Sektor Vårld – Ersättningsnivåer hemtjänst

PWC Slutrapport "Kartläggning av hemtjänstersättningarna i LOV-kommuner" 2023-05-16 framgår följande för Gävle kommun. Ersättningsnivåer hemtjänst för Privat utförare var 480 kr/h kommunal utförare 521 kr/h det vill säga 41 kr/h mera för kommunal verksamhet.

Förklaring till varför egenregion har ett högre timpris är att egenregion har huvudansvaret och har driften i områden som är dyrare att driva samt att man har högre krav kring heltidsanställningar inom kommunen.

Frågor till Sektor Vårld

Fråga 1

Hur stor del av beloppet (41 kr/h) som den kommunala hemtjänsten kompenseras med mer per hemtjänststimme i kronor går till:

- a) Administration kopplat till "huvudansvaret", utgår från att det bara avser administration kopplat till den kommunala hemtjänsten?
- b) Drift i områden som är dyrare, utgår från att detta är ytterområden som avses?
- c) Krav på heltidsanställning, utgår från att det gäller kommunalt anställda inom hemtjänsten?

Fråga 2

Får den kommunala hemtjänsten som INTE har kunder i ytterområden en reducerad timersättning i förhållande till den kommunala hemtjänsten som har kunder i ytterområden och i så fall hur mycket?

Anders Jansson Gladh (M)



Tjänsteskrivelse

2024-02-08

Diarienummer: 24ON61

Handläggare:

Anita Härdelin
Tfn 026 - 17 80 00
anita.hardelin@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Sektor Vårlds svar på frågor från (M) – Om Vårld Gävle utsätts för en hackerattack

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Vårld angående åtgärder inför en eventuell hackerattack mot Vårld Gävle.

Sektor Vårlds svar på frågorna

Anders Jansson Gladh (M) inleder frågeställningarna med följande:

"Härjedalens kommun jobbar fortfarande med att reparera skadorna efter julens hackerattack. Dagen före julafton insåg Härjedalens kommun att något inte stod rätt till med it-systemen. Det visade sig att en hackerattack ägt rum. Hemsida, e-tjänster och telefoni låg nere, datorerna gick inte att använda och inga verksamhetssystem var tillgängliga, såväl molnet som lokala servrar var angripa.

Vilken redundans har omvårdnad Gävle att genomföra verksamheten trots en hackerattack av den omfattning som drabbade Härjedalen under lång tid utan att kunder i vård- och omsorgsboenden och hemtjänst både i privat och egen regi drabbas samt hemsjukvården.

Frågan avser inte hur man tekniskt löser problemet utan hur omvårdnad Gävle tar hand om sina kunder när IT-systemen inte fungerar".

Svar

Att systematiskt arbeta med kontinuitetsplanering och att öva sina planer är en viktig aktivitet i en verksamhet. En kontinuitetsplan ska innehålla planering utifrån olika händelser som kan påverka att en verksamhet måste arbeta på annat sätt än brukligt för att utföra sitt uppdrag med så liten negativ påverkan som möjligt på kund.

Att inte ha tillgång till digital information är en händelse. Andra kan vara elavbrott, översvämning eller pandemi.

Ett arbete har pågått i olika omfattning inom sektorns verksamheter kring kontinuitetsplanering och som har kommit olika långt. Fokus har inte varit enbart utifrån risk att vi drabbas av en it-attack utan fokus har varit bredare än så. Risk för elavbrott har varit en händelse som påverkar på liknande sätt som vid en it-attack, dvs vi har inte tillgång till den digitala informationen.

Ansvar för kontinuitetsplanering följer ordinarie verksamhetsansvar och sektorns säkerhetssamordnare finns med som stöd i det arbetet. Svar på frågorna nedan bygger på de aktiviteter som säkerhetssamordnaren deltagit i.

När informationssäkerhetssamordnaren informerar verksamheterna om att arbeta informationssäkert tas även vikten av kontinuitetsplanering eller plan B upp.

Vilka åtgärder vidtas för att verksamheten mot kund både privat och egenregi ska fungera vid vård- och omsorgsboenden?

Vård- och omsorgsboendena i egen regi har upprättat kontinuitetsplaner men har inte övat dem.

Sektor Valfärd ligger i fasen med att implementera kontinuitetsplaner i VåBo-verksamheten och samtidigt fylla på beredskapslager med de behov som behövs för att kunna använda kontinuitetsplanerna.

Planerna i stort:

Om TES ligger nere

- Det ska finnas insatsplaner/grovplanering utskrivna för en vecka/ enhet. Tes-planerarna ansvarar för att dessa alltid är aktuella.

Om Treserva ligger nere

- Det ska alltid finnas tomma blad för journalföring, SoL och HSL (även avvikelser).
- Personkort ska finnas utskrivna för varje kund och förvaras i kundens läkemedelskåp. Fast omsorgkontakt ansvarar för att dessa är aktuell.
- Omvårdnadspersonalen signerar medicinen på tomma signeringslistor som finns i varje kunds läkemedelsskåp.
- Biståndshandläggare rapporterar muntligen till verksamheten om nya kunder.

Om Timecare-plan och Personec ligger nere

- Det ska alltid finnas ett sexveckors schema utskrivet för varje enhet. Samordnaren för att skriva ut dessa.
- Enhetschefer och samordnare dokumenterar frånvaro, in- /ut-bankning, avvikande tjänstgöring på papper.

Om Timecare pool ligger nere

- Verksamheten får ha telefonkontakt med bemanningen angående behov av vikariebeställningar. personallista telefonnummer

Om larmsystemet för trygghetslarm är utslaget

- Enhetschef/chef i beredskap ser över behovet av att bemanna upp i verksamheten för att kunna ha extra tillsyn. En grundbemanning vid förstärkning:
- Nattetid: En extra personal per hus.
- Dag och kvällstid: I hus Y Behövs fyra extra medarbetare dagtid samt kvällstid. Fördelat på en extra medarbetare per enhet.
- I Hus X behövs två extra medarbetare dagtid samt kvällstid.

Informationssäkerhetssamordnaren har också fått möjligheten att informerarat samtliga chefer kring vikten av informationssäkerhet och kontinuitet.

Vård- och omsorgsboendena i privat regi.

Våbo-entreprenader ska använda Valfärds ledningssystem som inkluderar rutiner för driftstopp (planerade och oplanerade) i verksamhetssystem. Bl.a. säger rutinen att det ska finns utskrivna planeringsscheman.

Vad gäller Våbo där vi köper platser så har de inte så mycket systemkopplingar till Valfärd. De (Attendo, Humana m.fl.) har egna verksamhetssystem och avtalen innehåller skrivningar om att de ska arbeta med att identifiera och förebygga risker som kan leda till skada för kund.

Vilka åtgärder vidtas för att verksamheten mot kund både privat och egenregi ska fungera inom hemtjänsten?

Hemtjänst i egen regi

Inget stöd har efterfrågats, utan frågan hänvisas till kontorschef Stöd i hemmet.

Hemtjänst i privat regi

Hemtjänst ska använda Valfärds ledningssystem som inkluderar rutiner för driftstopp (planerade och oplanerade) i verksamhetssystem. Bl.a. säger rutinen att det ska finns utskrivna planeringsscheman.

***Vilka åtgärder vidtas för att verksamheten mot kund ska fungera inom
hemsjukvården?***

Inget stöd har efterfrågats, utan frågan hänvisas till kontorschef Hälso- och sjukvård.

Har detta förberetts och övats?

Se i ovan svar kring varje verksamhet.

Magnus Höjer
Sektorchef
Sektor Vårld



Fråga till Sektor Vårld – Om Vårld Gävle utsätts för en hackerattack

Härjedalens kommun jobbar fortfarande med att reparera skadorna efter julens hackerattack. Dagen före julafton insåg Härjedalens kommun att något inte stod rätt till med it-systemen. Det visade sig att en hackerattack ägt rum. Hemsida, e-tjänster och telefoni låg nere, datorerna gick inte att använda och inga verksamhetssystem var tillgängliga, såväl molnet som lokala servrar var angripa.

Vilken redundans har omvårdnad Gävle att genomföra verksamheten trots en hackerattack av den omfattning som drabbade Härjedalen under lång tid utan att kunder i vård- och omsorgsboenden och hemtjänst både i privat och egen regi drabbas samt hemsjukvården.

Frågan avser inte hur man tekniskt löser problemet utan hur omvårdnad Gävle tar hand om sina kunder när IT-systemen inte fungerar.

Frågor till Sektor Vårld

Fråga 1

- a) Vilka åtgärder vidas för att verksamheten mot kund både privat och egenregi ska fungera vid vård- och omsorgsboenden.
- b) Vilka åtgärder vidas för att verksamheten mot kund både privat och egenregi ska fungera inom hemtjänsten.
- c) Vilka åtgärder vidas för att verksamheten mot kund ska fungera inom hemsjukvården.

Fråga 2

Har detta förberetts och övats?

Anders Jansson Gladh (M)

Beslutsärende: Ekonomisk
månadsrapport för
Omvårdnadsnämnden,
december 2023

7

23ON13



Tjänsteskrivelse

2024-02-12

Diarienummer: 23ON13

Handläggare:

Emma Edorsson
026-17 88 37
emma.edorsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, december 2023

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende december 2023.

Ärendebeskrivning

Årets resultat för 2023 är minus 33,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde.

Statsbidrag för att bland annat säkerställa en god vård och omsorg om äldre, en god och nära vård, återhämtningsbonus samt äldreomsorgslyftet har nyttjats under året.

De största negativa avvikelserna inom omvårdnadsnämndens verksamheter finns inom hemtjänst egen regi, vård- och omsorgsboende i egen regi och hälso- och sjukvård. Till stor del har dessa avvikelser att göra med höga personalkostnader till följd av överanställningar för att klara bemanningsbehov och kvalitetskrav. En betydande del av kunderna är multistjuka, vilket i vissa fall innebär ett behov av vak dygnet runt, något som är mycket resurskrävande.

De omfattande avvikelserna på Fleminggatans vård- och omsorgsboende har medfört ökade kostnader i form av extraresurser avseende enhetschefer och omvårdnadspersonal. Vidare har kompetenshöjande aktiviteter till omvårdnadspersonal medfört avvikelser från budgetram. Svårigheter med delegeringar från legitimerad personal har lett till fler beordringar. Del av utbildningsinsatser kan täckas med statsbidrag.

Ungefär en tredjedel av sjuksköterskegruppen utgörs i dagsläget av bemanningssköterskor, vilket kostat närmare 40 mnkr.

En bemanningshandbok för enhetschefer är framtagen inom ramen för projektet delade turer eget val och kommer på sikt att generera en kostnadsminskning, men effekter av denna kommer troligen visas först en bit in på 2024. 11 timmars dygnsvila gäller för samtliga verksamheter sedan första oktober och kommer att innebära förändringar, i dagsläget oklart exakt hur stor påverkan det har.

De största positiva avvikelserna inom nämndens verksamhetsområden finns inom myndighetsfunktionen som beror på lägre utförd hemtjänst än budgeterat i egen regi samt minskade kostnader för köp av platser på vård- och omsorgsboenden, då det under stor del av året funnits flera lediga lägenheter hos de externa utförarna.

Utfallet på investeringsverksamheten är 17,6 mnkr av den totala budgeten på 12,7 mnkr och utgörs främst av möbler, vitvaror, läkemedelsskåp och passagesystem. Investeringar för gemensamma delar på Hemlingborg tillsammans med Utbildning Gävle ligger på Välfärd.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat och investeringar för december 2023.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Välfärd

Månadsrapport till nämnd

Omvårdnadsnämnd

Dec 2023

2024-02-12

Diarienummer: 23ON13

Handläggare: Emma Edorsson

Innehållsförteckning

1 Resultatrapport	3
2 Resultat	3
3 Investeringsverksamhet	7
4 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU)	7

1 Resultatrapport

Omvårdnadsnämnden	Utfall fg år	Utfall	Budget	Avvikelse mot budget	Förändring %
	202201-202212	202301-202312	202301-202312		2022 / 2023
Intäkter					
Taxor och avgifter	91 383	101 648	90 240	11 408	11,2%
Hysesintäkter	46 984	49 559	47 070	2 489	5,5%
Statsbidrag	81 066	70 142	49 174	20 968	-13,5%
Övriga intäkter	63 804	66 119	59 738	6 381	3,6%
Kommunbidrag	1 353 281	1 441 934	1 441 934	-0	6,6%
Summa intäkter	1 636 518	1 729 402	1 688 156	41 246	5,7%
Kostnader					
Personalkostnader	-794 384	-873 290	-828 632	-44 658	9,9%
Inhyrd personal och konsulter	-32 473	-43 199	-7 829	-35 370	33,0%
Bidrag och transfereringar	-8 865	-12 450	-13 355	905	40,4%
Köp av verksamhet och entreprenader	-489 456	-534 131	-537 420	3 289	9,1%
Hyror och fastighetskostnader	-154 099	-163 089	-168 112	5 023	5,8%
Övriga kostnader	-41 225	-37 575	-49 523	11 949	-8,9%
Material och förbrukning	-39 932	-43 536	-30 159	-13 378	9,0%
Fordon och transporter	-17 128	-19 741	-18 069	-1 672	15,3%
Måltider	-22 403	-25 080	-23 979	-1 102	11,9%
Avskrivningar och intern ränta	-9 769	-11 058	-11 079	21	13,2%
Summa kostnader	-1 609 734	-1 763 150	-1 688 156	-74 994	9,5%
Resultat	26 784	-33 748	0	-33 748	

2 Resultat

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden 2023

Årets resultat för 2023 är minus 33,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde.

Statsbidrag för att bland annat säkerställa en god vård och omsorg om äldre, en god och nära vård, återhämtningsbonus samt äldreomsorgslyftet har nyttjats under året.

De största negativa avvikelserna avser personalkostnader inom vård- och omsorgsboende samt hemtjänst, delvis till följd av komplexa behov hos enskilda kunder samt ett omfattande förbättringsarbete på Fleminggatans vård- och omsorgsboende. Behov av bemanningssköterskor har varit stort under året, efter sommaren utgjordes ungefär en tredjedel av sköterskegruppen av inhyrda sjuksköterskor, vilket kostat närmare 40 mnkr.

Kostnader för köp av boendeplatser är lägre än förväntat för året till följd av flertalet tomma platser under året. Ett entreprenadavtal för vård- och omsorgsboende har avslutats under hösten.

Kommentarer till större avvikelser i resultatet

Vård- och omsorgsboende egen regi -56,5 mnkr (nov -55,9 mnkr)

Vård- och omsorgsboenden i egen regi, inklusive specialdemens, redovisar en negativ avvikelse mot budget med minus 56,5 mnkr.

Den samlade budgetavvikelsen utgörs främst av högre personalkostnader; månadslön, timlön, övertid och OB för att klara kvalitetskrav och komplexa behov hos enskilda kunder. Det finns överanställningar inom verksamhetsområdet som inte täcker behovet så att timvikarier behöver rekryteras utöver ordinarie, pga vak vid oro, fallrisk och självskadebeteende, samt en betydande del multisjuka kunder. Inför huvudsemesterperioden genomfördes ett antal åtgärder för att öka kontinuitet för kunder och förbättra arbetsmiljön för enhetschefer och omvårdnadspersonal jämfört med föregående år. Detta innebar tidigarelagd och utökad introduktion för vikarier, vilket medfört extra kostnader.

De omfattande avvikelserna på Fleminggatans vård- och omsorgsboende har medfört ökade kostnader i form av extraresurser avseende enhetschefer, tf verksamhetschef och omvårdnadspersonal. Vidare har kompetenshöjande aktiviteter till omvårdnadspersonal medfört avvikelser från budgetram.

Svårigheter med delegeringar från legitimerad personal har lett till fler beordringar. Delar av utbildningsinsatserna kan täckas med statsbidrag.

Gällande driftskostnader utgörs avvikelser av kostnader för livsmedel/måltider och sjukvårdsmaterial pga. ökade priser till följd av omvärldsläget samt hög inflation.

En bemanningshandbok för enhetschefer är framtagen inom ramen för projektet delade turer eget val och förväntas på sikt generera en kostnadsminskning. 11 timmars dygnsvila gäller för samtliga verksamheter sedan första oktober och har inneburit förändringar, ännu oklart exakt hur stor påverkan det har. Alla verksamheter ser till att medarbetarna inte beställer för stora lager av förbrukningsvaror, livsmedel, inkontinenshjälpmedel m m.

Hemtjänst egen regi -7,5 mnkr (nov -9,7 mnkr)

Kostnaderna för hemtjänsten i egen regi är 8,4 mnkr högre än budget och intäkten 0,9 mnkr lägre än budget. De lägre intäkterna har att göra med mindre tid utförd hos kund än förväntat, och samtidigt är personalkostnaderna högre. Även här avser avvikelserna

personalkostnader, dvs månadslön, timlön, övertid och OB. Pågående utbildningsinsatser ökar behovet av timvikarier. Utökade introduktioner av vikarier inför sommaren har medfört extra kostnader. Stort geografiskt område leder till låg nyttjandegrad. Ökade kostnader för sjukvårdsmaterialuppgår till 1,1 mnkr.

Blockplanering och uppdatering av scheman inom enheterna har gjorts för att öka nyttjandegraden i verksamheten. Arbeta har genomförts för att bättre nyttja hemtjänstens totala interna övertalighet genom samordning mellan enheterna.

Schemaläggning ska göras utifrån framtagna bemanningshandbok där hänsyn tas till 11 timmar dygnsvila. Arbetet syftar till resurseffektiv schemaläggning samt minskning av vikariebehov på sikt. Äldreomsorgslyftet och annan utbildning försvårar dock planering i hemtjänsten utifrån hänsyn till 11 timmars dygnsvila. Antal arbetspass och flexibilitet har minskat och med det även nyttjandegraden.

Hälso- och sjukvård -20,7 mnkr (nov -25,4 mnkr)

Kostnaden för bemanningssköterskor är hög och anledning till den negativa avvikelser. Per december uppgår kostnader för bemanningssköterskor till 39,5 mnkr. Ungefär en tredjedel av sjuksköterskegruppen utgörs av bemanningssköterskor. Rekrytering pågår och fr om årsskiftet förväntas verksamheten avveckla 8 bemanningssköterskor. I tidigare organisation har bemanningssköterskor bemannat kväll- och helgorganisation. Dvs de besök som utförs av sjuksköterska kvällar och helger oavsett patientens boendeform utförs av bemanningssköterskor.

Det nya hälso- och sjukvårdskontoret har genomfört en översyn av denna bemanning och kommer att göra en förändring av kväll- och helgorganisationen. Den nya kväll- och helgorganisationen träder i kraft under 2024. Grunden för denna förändring är dels kostnader för bemanningssköterskor, enligt ovan, men framför allt kontorets uppdrag att säkerställa att det skall finnas kompetens i hela kommunen, hela dygnet.

Schemaförändring utgår från kontinuitetsbegrepp och bygger på ordinarie personal, dvs bemanningssjuksköterskor fasas ut. För att genomföra denna förändring förväntas samtliga sjuksköterskor i fortsättningen arbeta vissa kvällar och helger.

Vård och omsorgsboende myndighet 15,5 mnkr (nov 15,2 mnkr)

Kostnaderna för köp av platser på externa vård- och omsorgsboenden är 11,4 mnkr

lägre än budget. De lägre kostnaderna beror på att flera externa utförare haft många lediga lägenheter under en längre period. Resterande avvikelser beror på momsåtersökning och taxor.

Hemtjänst myndighet 9,3 mnkr (nov 7,7 mnkr)

De delar av hemtjänstverksamheten som ligger inom Myndighets verksamhetsområde har en positiv avvikelse och står främst för lägre utförd hemtjänst än planerat (avser hemtjänst i egen regi) samt ökade avgiftsintäkter i förhållande till budget.

Mindre avvikelser 8,7 mnkr (nov 12,7 mnkr)

Natt och larm -1,7 mnkr

Dagverksamhet 1,6 mnkr

Fastigheter 10,0 mnkr

Anhöriganställda -2,3 mnkr

Förebyggande verksamhet 1,1 mnkr

Nattenheten har ändrat heltidsmått vilket innebär behov av fler årsarbetare. Detta ger en merkostnad på ca 166 tkr/mån. Ökade kostnader för bilar och drivmedelskostnader.

Under året har flertalet anhöriganställningar avslutats. Anhörigvårdare som inte uppfyllt kriterier enligt PAN avtalet, det vill säga att man ska ingå i hushållsgemenskap och vara folkbokförd på samma adress har avslutats och det har inneburit att beviljad tid (och då även intäkt) minskat, dock betalas löner ut med eftersläp vilket ger negativ avvikelse för enheten Anhöriganställda.

Övergripande avvikelser 17,4 mnkr (nov 9,8 mnkr)

Budgetjustering i och med KF:s beslut i juni innebär ett tillskott på 20 mnkr i omfördelning av ram samt 11 mnkr från löneöversynen. Flertalet till nämnden riktade statsbidrag har kunnat nyttjas fullt ut, återbetalning kommer dock ske till viss del gällande Äldreomsorgslyftet samt Hälsosamtal till äldre. Statsbidragen avviker på övergripande nivå då de intäktsförs på de enheter som tar kostnaderna.

Utvecklingsmedel som inte får rullas till kommande år har intäktsförts på övergripande

nivå, 6,3 mnkr.

3 Investeringsverksamhet

Utfallet på investeringsverksamheten är 17,6 mnkr av den totala budgeten på 12,7 mnkr (justerad efter beslut i juni med -2,5 mnkr). Investeringar avser främst möbler, vitvaror, läkemedelsskåp och passagesystem. Investeringar för gemensamma delar tillsammans med Utbildning Gävle på Hemlingborg ligger på Valfärd.

4 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU)

Resultat / Årsprognos/Investeringsverksamhet

Årets resultat för 2023 är minus 33,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde.

Statsbidrag för att bland annat säkerställa en god vård och omsorg om äldre, en god och nära vård, återhämtningsbonus samt äldreomsorgslyftet har nyttjats under året.

De största negativa avvikelserna inom omvårdnadsnämndens verksamheter finns inom hemtjänst egen regi, vård- och omsorgsboende i egen regi och hälso- och sjukvård. Till stor del har dessa avvikelser att göra med höga personalkostnader till följd av överanställningar för att klara bemanningsbehov och kvalitetskrav. En betydande del av kunderna är multisjuka, vilket i vissa fall innebär ett behov av vak dygnet runt, något som är mycket resurskrävande.

De omfattande avvikelserna på Fleminggatans vård- och omsorgsboende har medfört ökade kostnader i form av extraresurser avseende enhetschefer och omvårdnadspersonal. Vidare har kompetenshöjande aktiviteter till omvårdnadspersonal medfört avvikelser från budgetram. Svårigheter med delegeringar från legitimerad personal har lett till fler beordringar. Del av utbildningsinsatser kan täckas med statsbidrag.

Ungefär en tredjedel av sjuksköterskegruppen utgörs i dagsläget av bemanningssköterskor, vilket kostat närmare 40 mnkr.

En bemanningshandbok för enhetschefer är framtagen inom ramen för projektet delade turer eget val och kommer på sikt att generera en kostnadsminskning, men effekter av denna kommer troligen visas först en bit in på 2024. 11 timmars dygnsvila gäller för

samtliga verksamheter sedan första oktober och kommer att innebära förändringar, i dagsläget oklart exakt hur stor påverkan det har.

De största positiva avvikelserna inom nämndens verksamhetsområden finns inom myndighetsfunktionen som beror på lägre utförd hemtjänst än budgeterat i egen regi samt minskade kostnader för köp av platser på vård- och omsorgsboenden, då det under stor del av året funnits flera lediga lägenheter hos de externa utförarna.

Utfallet på investeringsverksamheten är 17,6 mnkr av den totala budgeten på 12,7 mnkr och utgörs främst av möbler, vitvaror, läkemedelsskåp och passagesystem. Investeringar för gemensamma delar på Hemlingborg tillsammans med Utbildning Gävle ligger på Valfärd.

Beslutsärende: Årsredovisning
år 2023 för
Omvårdnadsnämnden

8

23ON523



Missiv

2024-02-14

Darienummer: 23ON523

Handläggare:

Martin Wagner
026-17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Årsredovisning 2023 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att godkänna årsredovisningen avseende år 2023 för Omvårdnadsnämnden,

Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Årsredovisningen för 2023 beskriver verksamheten som bedrivits under året. Den är upprättad enligt anvisningar från sektor Styrning och stöd. Rapporten redovisar en avstämning i förhållande till den verksamhetsplan som Omvårdnadsnämnden beslutat om för 2023–2026.

Beskedet från regeringen kring att en ny Socialtjänstlag ska gälla från 1 juli 2025 kom under hösten, och har medfört att organisationen inför 2024 har börjat rigga för att kunna lägga ett särskilt fokus på det arbetet.

Utifrån den förändring som skett gällande dygnsvila, har ett stort arbete gjorts för att ta fram en sk bemanningshandbok, och implementeringen av denna har under hösten varit centralt, både vad gäller utbildning, stöd och ren implementering. Arbetet kommer fortsätta under 2024.

Hälso- och sjukvårdsområdet (den kommunala primärvården) är under utveckling, bl a genom att arbetet i hälso- och sjukvårdskontoret har fortsatt, både vad gäller personalrekrytering och utveckling av samverkansarenor, gränssnitt och ledning och styrning.

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat på minus 33,7 mnkr.

Statsbidrag för att bland annat säkerställa en god vård och omsorg om äldre, en god och nära vård, återhämtningsbonus samt äldreomsorgslyftet har nyttjats under året. De största negativa avvikelserna inom omvårdnadsnämndens verksamheter finns inom hemtjänst egen regi, vård- och omsorgsboende i egen regi och hälso- och sjukvård. Till stor del har dessa avvikelser att göra med höga personalkostnader till följd av överanställningar för att klara bemanningsbehov och kvalitetskrav. En betydande del av kunderna är multistjuka, vilket i vissa fall innebär ett behov av vak dygnet runt, något som är mycket resurskrävande.

De omfattande avvikelserna på Fleminggatans vård- och omsorgsboende har medfört ökade kostnader i form av extraresurser avseende enhetschefer och omvårdnadspersonal. Vidare har kompetenshöjande aktiviteter till omvårdnadspersonal medfört avvikelser från budgetram. Svårigheter med delegeringar från legitimerad personal har lett till fler beordringar. Del av utbildningsinsatser kan täckas med statsbidrag.

Ungefär en tredjedel av sjuksköterskegruppen utgörs i dagsläget av bemanningssköterskor, vilket kostat närmare 40 mnkr.

En bemanningshandbok för enhetschefer är framtagen inom ramen för projektet delade turer eget val och kommer på sikt att generera en kostnadsminskning, men effekter av denna kommer troligen visas först en bit in på 2024. 11 timmars dygnsvila gäller för samtliga verksamheter sedan första oktober och kommer att innebära förändringar, i dagsläget oklart exakt hur stor påverkan det har.

De största positiva avvikelserna inom nämndens verksamhetsområden finns inom myndighetsfunktionen som beror på lägre utförd hemtjänst än budgeterat i egen regi samt minskade kostnader för köp av platser på vård- och omsorgsboenden, då det under stor del av året funnits flera lediga lägenheter hos de externa utförarna.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd



2024-02-13
Sid 39 (314)
Dnr: 23ON523

Verksamhetsrapport helår 2023

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Sammanfattning av de väsentligaste händelserna	4
3 Målanalys	4
3.1 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utveckla de uppsökande samtalen till äldre.	4
3.2 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.....	5
3.3 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.	5
3.4 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att rätt form av korttidsplatser/ korttidsboenden finns tillgängliga.	6
3.5 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Nämnden ska möjliggöra kvarboende	6
3.6 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter	7
3.7 Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav och regelverk är likvärdiga.....	7
3.8 Alla i Gävle har trygga boendemiljöer: Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller medpensionärsorganisationerna kan möjliggöras.	8
3.9 Boendeplanering. Finns balans i utbudet i särskilda boenden?	8
3.10 Robusta ekosystem.....	8
4 Uppföljning av politiska uppdrag	9
4.1 Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller medpensionärsorganisationerna kan möjliggöras	9
4.2 Omvårdnadsnämnden uppdras att utveckla de uppsökande samtalen till äldre.	9
4.3 Omvårdnadsnämnden uppdras att säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den	

	enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.....	10
4.4	Omvårdnadsnämnden uppdras att möjliggöra fler insatser mot den psykiska ohälsan hos äldre.....	10
4.5	Omvårdnadsnämnden uppdras att ta fram en behovs- och handlingsplan för hur bemanningen inom demensvården ska öka.	10
4.6	Omvårdnadsnämnden uppdras att utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.	10
4.7	Omvårdnadsnämnden uppdras att säkerställa att rätt form av korttidsplatser/ korttidsboenden finns tillgängliga.....	11
4.8	Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav och regelverk är likvärdiga.....	11
5	Uppföljning av privata utförare.....	11
6	Resultat och investeringar	12
6.1	Resultat	12
7	Förväntad utveckling	13

1 Inledning

Se även bilaga "handlingsplan Hälso- och sjukvårdskontor"

Kontor Hälso- och sjukvård gick i drift 1 april 2023. Inom kontoret återfinns samtliga legitimerade resurser; sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt fysioterapeuter, ca 160 medarbetare. Hälso- och sjukvårdskontoret är indelat i fyra geografiska områden. Respektive område är resurssatt med legitimerade personer. Enhetschefer leder tvärprofessionella arbetsgrupper. Organisering av detta nya kontor ska ge förutsättningar att stärka upp arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Rapportering till de båda nämnderna ovan sker enligt följande:

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd: Sjuksköterskor Socialpsykiatri/LSS

Omvårdnadsnämnd: Sjuksköterskor hemsjukvård, sjuksköterskor VåBo, Rehab, undersköterskor med anställning inom hemsjukvård.

2 Sammanfattning av de väsentligaste händelserna

Beskedet från regeringen kring att en ny Socialtjänstlag ska gälla från 1 juli 2025 kom under hösten, och har medfört att organisationen inför 2024 har börjat rigga för att kunna lägga ett särskilt fokus på det arbetet.

Utifrån den förändring som skett gällande dygnsvila, har ett stort arbete gjorts för att ta fram en sk bemanningshandbok, och implementeringen av denna har under hösten varit centralt, både vad gäller utbildning, stöd och ren implementering. Arbetet kommer fortsätta under 2024.

Hälso- och sjukvårdsområdet (den kommunala primärvården) är under utveckling, bl a genom att arbetet i hälso- och sjukvårdskontoret har fortsatt, både vad gäller personalrekrytering och utveckling av samverkansarenor, gränssnitt och ledning och styrning.

3 Målanalys

3.1 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utveckla de uppsökande samtalen till äldre.

Nämndens/bolagets verksamheter


Av 701 personer som fyllt 80 år utan biståndsbeslut har verksamheten nått 62% med de uppsökande samtalen. Utvärdering visar att seniorerna uppskattar samtalen. De önskar också att kontaktvägen är via telefon med muntliga samtal.

Inom kontor Förebyggande och kompetens har även en äldrelots tillsatts som arbetar uppsökande och aktiverar nödvändigt samarbete. 118 unika individer har aktivt kontaktat verksamheten under perioden maj-november. De vanligaste frågorna handlar om digitalt stöd, aktiviteter och boende.

Verksamheten arbetar även med att minska ofrivillig ensamhet. Anhörigstöd/anhörigcenter når i sin verksamhet ett omfattande antal personer via enskilda samtal, telefonsamtal, spontana besök, hembesök, anhöriggrupper, hälsofrämjande aktiviteter, föreläsningar, informationsinsatser. Via en förstärkt volontärssamordning möjliggörs, områdesvisa träffpunkter, aktiviteter på trygghetsboenden och andra insatser anses verksamheten uppfylla målsättningen om uppsökande arbete med god marginal.

Uppföljningar

Verksamheten ska enligt rutin i ledningssystemet följa upp beslut om bland annat hjälp i hemmet en gång per år på myndighetens eget initiativ. I verksamhetssystemet Treserva finns funktionen bevakning för att på ett systematiskt sätt bevaka när det är dags att följa upp beslut om exempelvis hjälp i hemmet. Detta innebär att uppsökande samtal systematiskt går att följa i verksamhetssystemet. Uppföljningssamtal syftar till att se så att behovet av insatser tillgodoser kundens aktuella behov, då de kan förändras allt eftersom.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Genomförande av planerade aktiviteter	Ja		Ja

3.2 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun:

Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.



Aktiviteter/status/resultat


1 juli 2023 ändrades bestämmelserna i socialtjänstlagen så att den som är fast omsorgskontakt måste vara undersköterska.

Vård- och omsorgsboende: Alla kunder får en fast omsorgskontakt inom 14 dagar från inflytt på vård- och omsorgsboende.

Hemtjänst: Vid delår 2 hade alla kunder med hemtjänst har en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt som är undersköterska. Vid utgången av året uppgav två enheter att de inte uppfyllde kravet. Arbete pågår för att skyndsamt säkerställa detta.

Ca 30 % av de tillsvidareanställda medarbetarna saknar undersköterskeutbildning, en ökning med ca 4% gällande anställda undersköterskor inom verksamhetsområdet har skett under 2023. Det finns dock stora skillnader mellan enheterna gällande antalet anställda undersköterskor i förhållande till vårdbiträden. Det innebär att yrkesgruppen undersköterskor blir fast omsorgskontakt till fler kunder något som kan påverka kvalitet för kund och arbetsmiljö.

Nio medarbetare har under 2023 påbörjat undersköterskeutbildning efter validering via Äldreomsorgslyftet.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Genomförande planerade aktiviteter	 Delvis		 Ja

3.3 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun:

Omvårdnadsnämnden ska utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.



Nämndens/bolagets verksamheter

Aktiviteter/status/Måluppfyllelse

Demenssamordnare utbildar och handleder med fokus på BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Utbildningar för BPSD-administratörer på vård- och omsorgsboenden i egen regi har genomförts. På Fleminggatans enhet för specialdemens har ett samverkansprojekt med Minnesmottagningen, Region Gävleborg, påbörjats.

För omvårdnadspersonal inom vård- och omsorgsboenden har en utbildning skapats i Kompetensen; *Utbildning för dig inom vård och omsorg*. Utbildningen omfattar tre block varav ett är Demens ABC.

Resultat:

Måluppfyllelse har skett.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Resultat av genomförda aktiviteter	Ja		Ja

3.4 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att rätt form av korttidsplatser/korttidsboenden finns tillgängliga.



Aktiviteter/status/resultat

De resursplatser som funnits inom verksamhetsområdet vård- och omsorgsboende sedan avvecklingen av korttidsenheterna har utökats och omvandlats till korttidsplatser, samt har kriterierna för bistånd i form av korttidsplats förtydligats. De totalt sex platserna finns på Vallongården och Forellplan.

Resultat:

Måluppfyllelse har skett.


Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Har boendeplan följts?	Ja		Ja

3.5 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Nämnden ska möjliggöra kvarboende



Nämndens/bolagets verksamheter

För att möjliggöra kvarboende så beviljas en hög andel insatser för att kund ska kunna bo kvar i hemmet (ordinärt boende). Flera av kunderna får flera beslut om hemtjänst under året med syfte att möjliggöra kvarboende allt eftersom behoven förändras. I förhållande till beslut som tas för att kunna bo kvar hemma så är andelen beslut om att flytta till vård och omsorgsboende betydligt färre. Ungefär en fjärdedel av de äldre flyttade direkt från slutenvården in på vårdomsorgsboende.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Genomförande av planerade aktiviteter för att möjliggöra kvarboende	Ja		Ja

3.6 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter

Nämndens/bolagets verksamheter

Under 2023 har 37 medarbetare, varav 5 egen regi studerat till undersköterska vid Vuxenutbildningen inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Dessutom deltar 19 för närvarande i en språkutbildning vid Vuxenutbildningen, vilken består av tre arbetstimmar i veckan och finansieras också genom Äldreomsorgslyftet.

Samtliga utbildningar sker på betald arbetstid.

Vuxenutbildningen har också utbildat som språkombudsutbildare. Syftet med dessa utbildningar är att de under år 2024 ska utbilda språkombud på våra arbetsplatser.

Kommentar indikatorer. Handlingsplan ej framtagen. Ovan nämnda aktiviteter genomförs inom ramen för äldreomsorgslyftet. Måluppfyllelse anses uppnådd då andemeningen i målet (tillika uppdrag) är genomförd.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Utreda samt ta fram handlingsplan		—	
Genomföra beslutad handlingsplans aktiviteter enligt tidplan		—	

3.7 Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav och regelverk är likvärdiga.

Nämndens/bolagets verksamheter

Det finns inte per definition ett samlat regelverk för privata respektive kommunala utförare och detta kan därmed inte ses över.

Det är däremot en grundprincip att regelverk, krav och rutiner är lika mellan egen regi och privata utförare inom aktuella konkurrensutsatta verksamhetsområden, där egenregin bör vara ledande.

I avtalen för konkurrensutsatt verksamhet slås fast att externa utförarna ska följa kommunens övergripande regelverk som t ex värdighetsgarantin, miljöstrategiska programmet, kompetenskrav och i tillämpliga delar följa de rutiner som beslutats i vårt ledningssystem.

Kvalitets- och upphandlingsteamerna inom sektor Vårld arbetar kontinuerligt med att vässa och utveckla uppföljningsformerna i tillämpliga delar.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Genomförande	Ja	●	Ja

3.8 Alla i Gävle har trygga boendemiljöer: Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller medpensionärsorganisationerna kan möjliggöras.



Nämndens/bolagets verksamheter

Träffpunktsverksamheterna har täta samarbeten med föreningsliv och pensionärsorganisationer. Planerar aktiviteter tillsammans. Ett resultat under 2023 är att förebyggande verksamheten i samarbete med Studieförbundet Vuxenskolan startat en träffpunktsverksamhet till vuxna personer med förvärvad hjärnskada. Arbetet med digitala träffpunkter fortgår via digitala kurser på träffpunkterna, enskilda handledningar, livesändningar och chattgrupper. 500 följer detta på Facebook.

Indikator	Utfall		Målvärde	Status
Har utredning skett?	Ja		Ja	Ok

3.9 Boendeplanering. Finns balans i utbudet i särskilda boenden?



Nämndens/bolagets verksamheter

Aktiviteter/status/resultat

Balans finns så till vida att kunder som erhållit gynnande beslut kan erbjudas inflytt på vård- och omsorgsboende inom utsatt tid. Inom egenregin har beståndet förändrats avsevärt och successivt minskat från en överkapacitet till mycket få vakanta lägenheter.

Resultat

Måluppfyllelse anses ha skett.

Indikator	Utfall		Målvärde	Status
Kompletteras (ev uppdateras och följs boendeplan efter aktuella behov?)	Ja		Ja	

3.10 Robusta ekosystem






Status/Resultat

Aktivitet: Kontinuitetsplaner har formulerats utifrån flera olika situationer, och enheterna har kommit olika långt, både vad gäller framtagande och i implementering.

Resultat:

Målet är delvis uppnått under 2023.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Finns uppdaterade kontinuitetsplaner?	 Delvis	  Ja	

4 Uppföljning av politiska uppdrag

4.1 Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller medpensionärsorganisationerna kan möjliggöras



Uppföljning uppdrag

Träffpunktsverksamheterna har täta samarbeten och planerar aktiviteter tillsammans med föreningsliv och pensionärsorganisationer. Ett projekt med att utveckla digitala träffpunkter pågår.

4.2 Omvårdnadsnämnden uppdras att utveckla de uppsökande samtalen till äldre.



Uppföljning uppdrag

Av 701 personer som fyllt 80 år utan biståndsbeslut har verksamheten nått 62% med de uppsökande samtalen. Utvärdering visar att seniorerna uppskattar samtalen. De önskar också att kontaktvägen är via telefon med muntliga samtal.

Inom kontor Förebyggande och kompetens har även en äldrelots tillsatts som arbetar uppsökande och aktiverar nödvändigt samarbete. 118 unika individer har aktivt kontaktat verksamheten under perioden maj-november. De vanligaste frågorna handlar om digitalt stöd, aktiviteter och boende.

Verksamheten arbetar även med att minska ofrivillig ensamhet. Anhörigstöd/anhörigcenter når i sin verksamhet ett omfattande antal personer via enskilda samtal, telefonsamtal, spontana besök, hembesök, anhöriggrupper, hälsofrämjande aktiviteter, föreläsningar, informationsinsatser. Via en förstärkt volontärssamordning möjliggörs, områdesvisa träffpunkter, aktiviteter på trygghetsboenden och andra insatser anses verksamheten uppfylla målsättningen om uppsökande arbete med god marginal.

Uppföljningar

Verksamheten ska enligt rutin i ledningssystemet följa upp beslut om bland annat hjälp i hemmet en gång per år på myndighetens eget initiativ. I verksamhetssystemet Treserva finns funktionen bevakning för att på ett systematiskt sätt bevaka när det är dags att följa upp beslut om exempelvis hjälp i hemmet. Detta innebär uppsökande samtal systematiskt går att följa i verksamhetssystemet. Uppföljningssamtal syftar till att se så att behovet av insatser tillgodoser kundens aktuella behov, då de kan förändras allt eftersom.

4.3 Omvårdnadsnämnden uppdras att säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.



Uppföljning uppdrag

1 juli 2023 ändrades bestämmelserna i socialtjänstlagen så att den som är fast omsorgskontakt måste vara undersköterska.

Vård- och omsorgsboende: Alla kunder får en fast omsorgskontakt inom 14 dagar från inflytt på vård- och omsorgsboende.

Hemtjänst: Vid delår 2 hade alla kunder med hemtjänst har en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt som är undersköterska. Vid utgången av året uppgav två enheter att de inte uppfyllde kravet. Arbete pågår för att skyndsamt säkerställa detta.

Ca 30 % av de tillsvidareanställda medarbetarna saknar undersköterskeutbildning, en ökning med ca 4% gällande anställda undersköterskor inom verksamhetsområdet har skett under 2023. Det finns dock stora skillnader mellan enheterna gällande antalet anställda undersköterskor i förhållande till vårdbiträden. Det innebär att yrkesgruppen undersköterskor blir fast omsorgskontakt till fler kunder något som kan påverka kvalitet för kund och arbetsmiljö.

Nio medarbetare har under 2023 påbörjat undersköterskeutbildning efter validering via Äldreomsorgslyftet.

4.4 Omvårdnadsnämnden uppdras att möjliggöra fler insatser mot den psykiska ohälsan hos äldre.



Uppföljning uppdrag

Endast sex medarbetare har gått utbildning, utbildningsplatserna har inte kunnat möta behovet. Utbildningsbehov kvarstår för 2024.

4.5 Omvårdnadsnämnden uppdras att ta fram en behovs- och handlingsplan för hur bemanningen inom demensvården ska öka.



Uppföljning uppdrag

Se 4.6

4.6 Omvårdnadsnämnden uppdras att utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.



Uppföljning uppdrag

Demenssamordnare utbildar och handleder med fokus på BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Utbildningar för BPSD-administratörer på vård- och omsorgsboenden i egen regi har genomförts. På Fleminggatans enhet för specialdemens har ett samverkansprojekt med Minnesmottagningen, Region Gävleborg, påbörjats.

För omvårdnadspersonal inom vård- och omsorgsboenden har en utbildning skapats i Kompetensen; *Utbildning för dig inom vård och omsorg*. Utbildningen omfattar tre block varav ett är Demens ABC.

4.7 Omvårdnadsnämnden uppdras att säkerställa att rätt form av korttidsplatser/ korttidsboenden finns tillgängliga.



Uppföljning uppdrag

Balans finns så till vida att kunder som erhållit gynnande beslut kan erbjudas inflytt på vård- och omsorgsboende inom utsatt tid. Inom egenregin har beståndet förändrats avsevärt och successivt minskat från en överkapacitet till mycket få vakanta lägenheter.

4.8 Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav och regelverk är likvärdiga.



Uppföljning uppdrag

Det finns inte per definition ett samlat regelverk för privata respektive kommunala utförare och detta kan därmed inte ses över.

Det är däremot en grundprincip att regelverk, krav och rutiner är lika mellan egen regi och privata utförare inom aktuella konkurrensutsatta verksamhetsområden, där egenregin bör vara ledande.

I avtalen för konkurrensutsatt verksamhet slås fast att externa utförarna ska följa kommunens övergripande regelverk som t ex värdighetsgarantin, miljöstrategiska programmet, kompetenskrav och i tillämpliga delar följa de rutiner som beslutats i vårt ledningssystem.

Kvalitets- och upphandlingsteamerna inom sektor Valfärd arbetar kontinuerligt med att vässa och utveckla uppföljningsformerna i tillämpliga delar.

5 Uppföljning av privata utförare

Valfärd Gävle har en särskild kontaktperson för privata utförare för att möjliggöra en löpande dialog med privata utförare. Under året har Valfärd Gävle erbjudit privata utförare utbildning i social dokumentation via lärarledd digital utbildning. Under våren anordnade medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering ett forum där medicinska kvalitetsfrågor lyftes. Till forumet bjöds all legitimerad personal och deras chefer in, både inom intern regi och privata utförare. Under april månad anordnades en fysisk workshop med privata utförare inom hemtjänst i syfte att vidareutveckla förfrågningsunderlaget inom LOV, men även en form för dialog i andra förekommande frågor.

Tillsyn av privata utförare sker kontinuerligt enligt uppföljningsplan och återredovisas till nämnd som separata tillsynsärenden.

6 Resultat och investeringar

6.1 Resultat

(mnkr)	Utfall 2023-12-31	Utfall 2022-12-31	Ursprunglig budget 2023	Reviderad budget 2023
Verksamhetens intäkter	287,4	283,2	246,2	246,2
Personalkostnader	-873,3	-794,4	-819,7	-830,7
Övriga kostnader	-878,7	-805,6	-822,1	-844,1
Avskrivningar/nedskrivningar	-10,4	-9,3	-9,4	-10,5
Internränta	-0,6	-0,4	-0,5	-0,6
Resultat före kommunbidrag	-1475,6	-1326,5	-1405,5	-1439,7
Kommunbidrag	1441,9	1353,3	1405,5	1439,7
Resultat efter kommunbidrag	-33,7	26,8	0,0	0,0
Extraordinära kostnader	0,0	0,0	0,0	0,0
Årets resultat	-33,7	26,8	0,0	0,0
Investeringar	17,6	11,3	15,2	12,7
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0	0,0

6.1.1 Resultatanalys

Årets resultat för 2023 är minus 33,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde.

Statsbidrag för att bland annat säkerställa en god vård och omsorg om äldre, en god och nära vård, återhämtningsbonus samt äldreomsorgslyftet har nyttjats under året.

De största negativa avvikelserna inom omvårdnadsnämndens verksamheter finns inom hemtjänst egen regi, vård- och omsorgsboende i egen regi och hälso- och sjukvård. Till stor del har dessa avvikelser att göra med höga personalkostnader till följd av överanställningar för att klara bemanningsbehov och kvalitetskrav. En betydande del av kunderna är multisjuka, vilket i vissa fall innebär ett behov av vak dygnet runt, något som är mycket resurskrävande.

De omfattande avvikelserna på Fleminggatans vård- och omsorgsboende har medfört ökade kostnader i form av extraresurser avseende enhetschefer och omvårdnadspersonal. Vidare har kompetenshöjande aktiviteter till omvårdnadspersonal medfört avvikelser från budgetram. Svårigheter med delegeringar från legitimerad personal har lett till fler beordringar. Del av utbildningsinsatser kan täckas med statsbidrag.

Ungefär en tredjedel av sjuksköterskegruppen utgörs i dagsläget av bemanningssköterskor, vilket kostat närmare 40 mnkr.

En bemanningshandbok för enhetschefer är framtagen inom ramen för projektet delade turer eget val och kommer på sikt att generera en kostnadsminskning, men effekter av denna kommer troligen visas först en bit in på 2024. 11 timmars dygnsvila gäller för samtliga verksamheter sedan första oktober och kommer att innebära förändringar, i dagsläget oklart exakt hur stor påverkan det har.

De största positiva avvikelserna inom nämndens verksamhetsområden finns inom myndighetsfunktionen som beror på lägre utförd hemtjänst än budgeterat i egen regi samt minskade kostnader för köp av platser på vård- och omsorgsboenden, då det under stor del av året funnits flera lediga lägenheter hos de externa utförarna.

6.1.2 Investeringsverksamhet

Utfallet på investeringsverksamheten är 17,6 mnkr av den totala budgeten på 12,7 mnkr och utgörs främst av möbler, vitvaror, läkemedelsskåp och passagesystem. Investeringar för gemensamma delar på Hemlingborg tillsammans med Utbildning Gävle ligger på Välfärd.

7 Förväntad utveckling

Nämnden hänvisar till underlaget till verksamhetsdialog som lämnades till kommunstyrelsen i mitten av september i en separat process där framtid och förväntad utveckling redovisas för kommande period och år.

Redovisning Hälso- och sjukvårdskontoret, delår 3, 2023

Kontor Hälso och sjukvård

Nämnd Omvårdnadsnämnd, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd

1. Allmänt – verksamhetsberättelse

Kontor Hälso- och sjukvård gick i skarp drift 1 april 2023. Inom kontoret återfinns samtliga legitimerade resurser; sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt fysioterapeuter, ca 160 medarbetare. Hälso- och sjukvårdskontoret är indelat i fyra geografiska områden. Respektive område är resurssatt med legitimerade personer. Enhetschefer leder tvärprofessionella arbetsgrupper.

Till skillnad från tidigare organisation finns inte längre särskild rehabchef, chef för sjuksköterskor inom VåBo etc. All arbetsledning utgörs av enhetschef inom respektive teamområde.

Detta påverkar årets redovisning. Framförallt ekonomisk rapportering. Kostnader är fördelade inom respektive teamområde. Överflytt pågick under året, från tidigare ansvar och enheter medan intäkter fördelas till tidigare enheter (som organisationen såg ut innan april 2023).

Rapportering till de båda nämnderna ovan sker enligt följande:

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd: Sjuksköterskor Socialpsykiatri / LSS

Omvårdnadsnämnd: Sjuksköterskor hemsjukvård, sjuksköterskor VåBo, Rehab, undersköterskor med anställning inom hemsjukvård.

Viktiga händelser 2023:

Under året har verksamheten hanterat två sk extraordinära händelser; två snöstormar. Dessa händelser kunde hanteras genom tidigare arbete; framtagande av särskilda åtgärdskort för varje profession (sk kontinuitetsplaner). Åtgärds korten finns sorterade under olika rubriker tex vädervarning snöfall.

De extra ordinära händelserna har ställt stora krav på chefernas förmåga att samverka. Bla genom att flytta ut personella resurser till ytterområden för att säkerställa produktion. Framförallt hemtjänst och hemsjukvård har uppnått goda samverkansformer för samarbete och för att garantera patientsäkerhet.

9 november genomfördes ett dialogmöte med IVO, ordförande Omvårdnadsnämnd samt berörda kontorschefer inom sektorledning. Dialogmöte avsåg tidigare tillsyner IVO under rubrik: Tillsyn kommunal hälso- och sjukvård för personer som bor på Vård - och omsorgsboende. IVO påpekade att det kvarstår brister inom Vård- och omsorgsboende avseende språkkunskaper, avvikelshantering, följsamhet fattade beslut, rutiner och riktlinjer, informationsöverföring, delegeringsprocessen för säker läkemedelshantering samt ett påpekande att baskunskaper omvårdnadspersonal ej anses tillräckliga för att säkerställa vård och omsorg kring de personer återfinns inom aktuell boendeform. Ett arbete kring detta har pågått över tid och vidtagna åtgärder är prioriterade arbeten för såväl kontor Hälso- och sjukvård som kontor Boende under år 2024.

Incidentrapporter har under året upprättats med anledning av högt antal driftstopp i Treserva och TES (journal- och planeringssystem) . Antalet incidenter är högt. 30 stycken under året varav 12

härör till driftrelaterade orsaker Treserva och TES. Detta medför risker vid utförande av insatser och även ett merarbete då uppgifter registreras i efterhand. Värt att notera är att Treserva IFO inte har haft något driftstopp 2023, medan Treserva VO har haft ca ett per månad.

Under hösten pågick ett intensivt arbete utifrån framtagande ny kväll- helgorganisation sjuksköterskor. Planerad förändring förväntades bidra till ökad kontinuitet och patientsäkerhet samt minskade kostnader hyrsköterskor. Planerad start fick skjutas upp med anledning av oenighet vid förhandling Vårdförbundet avseende förändrat arbetstidsmått. Förhandling återupptas 2024.

Redovisning av aktiviteter/fokusområden med bäring på de kommunövergripande målen:

Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på

Kontor Hälso- och sjukvård återfinns 2023 inte i någon av nämndernas verksamhetsplaner. Kontoret rapporterar 2023 under måluppfyllelse kommunövergrupade mål, se ovan.

Kontoret har ett unikt uppdrag:

Kontor Hälso- och sjukvård skall garantera patientsäkerhet för att förhindra uppkomst av vårdskador. Kontoret har tagit fram en egen verksamhetsplan med målbeskrivning samt indikatorer. Verksamhetsrapportering 2023 utgår från denna.

För att kunna nå den nationella visionen ” God och säker vård - överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient skall drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

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

Kontor Hälso- och sjukvård har under 2023 planerat aktiviteter utifrån 5 fokusområden med tillhörande mål.

- * Öka kunskap om inträffade vårdskador
- * Tillförlitliga och säkra processer och system
- * Säker vård här och nu
- * Stärka analys, lärande och utveckling

* Öka riskmedvetenhet och beredskap

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Målet är delvis uppnått.

Förändrad avvikelshantering införd där särskilt utsedd kvalitetsansvarig sjuksköterska påbörjar utredning avvikelser i nära samarbete med enhetschefer. Analys/analyser sammanställs och återkoppling sker i ledningsgrupp för möjlighet att fatta beslut på övergripande nivå. Se mer under redovisning indikatorer, längst ned. Kontorschef har fattat ett beslut på övergripande nivå avseende införande av riskbedömning dag 1 för samtliga patienter. Uppföljning avseende efterlevnad av detta beslut ej genomförd.

Framtagande av rutin för stöd till patient och anhöriga vid negativa händelser för att minimera negativa effekter är ännu ej framtagen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Målet är delvis uppnått.

Under året har 12 driftstopp uppstått i verksamhetssystemet Treserva. Detta får konsekvenser för verksamheten och medför tidsåtgång tex för att mata in manuella uppgifter i efterhand. Driftstopp rapporteras enligt incidentrapportering, NIS direktiv.

Planerad åtgärd; införa beslutsstöd VISAM , för sjuksköterskor är ännu ej genomförd.

Planerad utbildning i dokumentation, tvärprofessionella grupper, ännu ej genomförd.

Förbättrad läkemedelshantering, följsamhet till rutin med införande av egen kontroll var under året ett prioriterat område. Tillsyn egen kontroll läkemedelsförråd genomförs med chefer, MAS samt apotekare genomfördes under september - oktober.

Säker vård här och nu

Målet är inte uppnått.

Ny konstellation Förstärkt samverkan mellan kontorets verksamhetschefer samt motsvarande chefsnivå Region Gävleborg framtagen med uppdrag från Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Gävleborg samt biträdande sektorchef Sektor Valfärd, Gävle kommun. Primärt syfte att stärka samverkan för att klara bland annat säkra vårdövergångar samt utveckla former för mobila team. Läkartillgång obekvämt arbetstid är en förutsättning för att kontoret skall klara leverans mot uppdrag.

Kontoret har fortsatt behov av hyrsköterskor vilket inte gagnar kontinuitet hos patient. Per december 2023 uppgår antal bemanningssköterskor till 32 st, vilket utgör 38 % av den totala sjuksköterskebemanningen. Detta föranleder risk för patientsäkerhet. Sedan start av kontoret har ett flertal sjuksköterskor sagt upp sig då de inte ställer sig bakom kontorets planerade förändringar.

Arbete utifrån förändrad kväll och helgorganisation pågår. I dagsläget bemannas arbetspass kvällar och helger till 85 % av hyrsköterskor. Planerad förändring förväntas bidra till ökad kontinuitet och patientsäkerhet. Patientcentrerad vård skall styra planering så att patientens mål uppfylls.

Stärka analys, lärande och utveckling

Målet är delvis uppnått.

Samtliga chefsnivåer har egen legitimation. Detta innebär samlad kompetens inom lagrum HSL vilket stärker möjlighet för lärande och utveckling.

Under året har chefer från Hälso- och sjukvårdskontoret ingått i arbetsgrupp för framtagande av kravprofil för undersköterskor och vårdbiträden. Detta är ett fortsättningsarbete utifrån projekt Kompetensförsörjning – kompetensutveckling vilket har bedrivits inom sektor Valfärd 2023.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet genom insamling och sammanställning av data har visat sig vara svårt då vissa uppgifter som tex hör till kontorets indikatorer är mycket svåra att ta fram. Uppgifter hämtas från flera system och kvalitetssäkring saknas.

Detta försvårar arbetet avseende analyser som möjliggör ökat lärande. Se mer under indikatorer, längst ned.

Ökad riskmedvetenhet och beredskap

Målet är uppnått.

Kontoret har utarbetade kontinuitetsplaner i form av åtgärdskort vilka anger hur verksamheten skall agera vid olika nivåer av beredskap; stabsläge, förstärkningsläge samt katastrofläge. Beredskap finns för extraordinära händelser exempelvis elavbrott, väderfenomen.

Utbildning avseende informationssäkerhet samtliga chefsnivåer genomförd. Utbildning avseende incidentrapportering enligt NIS direktiv för samtliga legitimerade medarbetare planeras.

Regelbunden avstämning med informationssäkerhetsansvarig vilken rapporterar till ledningsgrupp.

Indikatorer för uppföljning:

*** Antal avvikelser som blir poängbedömda inom en vecka.**

Under året återfinns totalt 2833 rapporterade avvikelser tillhörande samtliga enheter inom kontoret. Det är högst troligt att det finns många fler hälso- och sjukvårdsavvikelser, men vilka fortfarande ligger kvar på SOL enheter. Enligt rutin skall SOL enhet föra över avvikelser inom HSL - området.

Av dessa 2833 avvikelser har:

* 1835 avvikelser blivit bedömda/poängsatta inom 7 dagar

Delår 2 hanterade kontoret 625 inkomna avvikelser. Sedan augusti 2023 har antal avvikelser ökat med 253 %

Notera särskilt nedan:

Då det saknas mottagare på vissa HSL enheter, där det går att välja i avvikelsemodulen, har dessa avvikelser inte blivit hanterade.

Ytterligare en orsak till varför avvikelser inte blir bedömda inom 7 dagar kan beror på att avvikelserna legat/ligger kvar på SOL enhet och inte blivit överflyttad.

Treservas sökfunktion statistik avvikelshantering visar urval: åtgärd fallprevention, **men** Treservas avvikelsemodul/åtgärd **saknar** fallprevention som valbar åtgärd. Detta försvårar märkbart arbetet i att genom data finna ett lärande och möjlighet till analys.

Det finns uppgift om rapporterade avvikelser, dvs antal. Det finns även uppgifter vilka beskriver hur skyndsamt dessa hanteras.

Dock **saknas** uppgift/uppgifter om hur många av dessa avvikelser där utredning leder till förändrat beteende , ändrade rutiner i verksamheten. Det saknas underlag för hur många av dessa avvikelser leder till förändring oavsett om det syftar till förändring på enhets-, verksamhets, eller organisatorisk nivå.

Genom återkoppling av särskilt utsedd kvalitetsansvarig sjuksköterska i ledningsgrupp, HSL, kan ett utvecklingsarbete inom kontoret starta. Ovanstående uppgifter / noteringar bör dock kommuniceras/omhändertas av sektorledning för utveckling av pågående kvalitetsarbete.

Antal inskrivna patienter hemsjukvård 2023: 533

Antal kunder VåBo 2023: 679

*** Kontinuitet hos patient**

Mätning baseras på antal legitimerade personer som besökt patient inskriven i hemsjukvård under ett dygn. Mätning avser antal kontakter/personer som patient träffar under en månad.

Kontinuitet har sedan januari 2023 sjunkit från 9 kontakter till 6 kontakter per dygn.

Observera att detta är ett trubbigt värde då det inte redovisas skillnad tex för patient i palliativt skede.

Uppgifter saknas för patienter inom Vård- och omsorgsboende liksom för patienter inom Socialpsykiatri/LSS.

*** Antal riskbedömningar fall - avvikelser**

Det saknas uppgift då denna inte går att ta fram i nuvarande system

*** Antal riskbedömningar för undernäring**

Det saknas uppgift med anledning av svårigheter att ta fram detta ur systemet.

*** Antal personer i ordinärt och i särskilt boende där det finns en riskbedömning för trycksår**

Det saknas uppgift med anledning av att ta fram detta ur systemet. Det finns en registrerad avvikelse relaterad till trycksår. Denna avvikelse rör extern utförare, Våbo.

*** Antal rehabiliteringsplaner**

Det saknas uppgift då rehabiliteringsplaner inte används inom verksamheten. Detta är ett observerat utvecklingsområde.

*** Antal läkemedelsgenomgångar**

366 läkemedelsgenomgångar är genomförda i samband med uppföljning/förnyelse läkaravtal.

Sammanfattning analys:

Kontor hälso- och sjukvård levererar mot uppdrag men kvarstående utmaningar finns. Framförallt kontinuitet hos patient där kontoret har ett fortsatt hyrberoende.

Kontoret måste fortsatt fokusera på avvikelshantering med ökat lärande, läkemedelshantering med införande av egen kontroll samt forcera arbetet runt riskbedömningar.

Ekonomi

Avvikelse mot budget 2023:

Notera särskilt kommentar i inledande stycke för förståelse av ekonomisk rapportering. Kostnader är fördelade på ansvar och enheter i respektive teamområde. Intäkter går till tidigare ansvar (gamla organisationen).

ON:

Avvikelse mot budget jan - dec 2023 -20 691 tkr

Ansvar	Ansvar (T)	Avvikelse jan-dec 2023	Notering
1757	Rehabilitering	16 140	Gammalt ansvar
1758	Hemsjukvård	13 767	Gammalt ansvar
2066	Hemsjukvård och rehab	1 777	Gammalt ansvar
2098	Sjuksköterskor vård- och omsorg	4 801	Gammalt ansvar
2118	Sjuksköterskor vård- och omsorg 2	4 412	Gammalt ansvar
2176	HSV Ledning	- 344	Nytt ansvar
2199	VC HSV Norr/Väst	- 1 021	Nytt ansvar
2200	HSV Norr ON	- 12 336	Nytt ansvar
2202	HSV Väst ON	- 12 863	Nytt ansvar
2204	VC HSV Syd/Öst	- 1 121	Nytt ansvar
2205	HSV Öst ON	- 8 344	Nytt ansvar
2207	HSV Syd ON	- 25 559	Nytt ansvar
Totalsumma		- 20 691	

Kostnaderna från de gamla ansvaren har succesivt flyttats över till de nya ansvaren under 2023. Intäkterna ligger dock kvar på de gamla ansvaren under 2023.

Kostnad för bemanningssköterskor ON - 39 696 tkr.

AFN:

Avvikelse mot budget jan - dec 2023 -798 tkr

Ansvar	Ansvar (T)	Avvikelse jan-dec 2023	Notering
2099	Sjuksköterskor socialpsykiatri	2 110	Gammalt ansvar
2203	HSV Väst AFN	- 600	Nytt ansvar
2206	HSV Öst AFN	- 2 308	Nytt ansvar
Totalsumma		- 798	

Kostnaderna från det gamla ansvaret har succesivt flyttats över till de nya ansvaren under 2023. Intäkterna ligger dock kvar på det gamla ansvaret under 2023.

Kostnad för bemanningssköterskor AFN – 1 446 tkr

Prognos helår HSV kontoret; -26 000 tkr

AFN; - 1 000 tkr

ON; - 25 000 tkr

**Beslutsärende:
Besparingsförslag för
Omvårdnadsnämnden –
anpassningar utifrån budget
2024**

9

240N71



Tjänsteskrivelse

2024-02-15

Diarienummer: 24ON71

Handläggare:

Magnus Höijer
026-17 80 00
magnus.hojjer@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Besparingsförslag för Omvårdnadsnämnden – anpassningar utifrån budget 2024

Förslag till beslut

Att uppdra till sektor Valfärd att genomföra besparingar genom att:

- Minska antalet platser på avlösningstvilstelse till 10 platser
- Enheten för anhöriganställda med 3 årsarbetare och anhöriganställda medarbetare avvecklas. Alla anhöriganställda medarbetare inom enheten sägs upp. Kunder får välja annan utförare för sin insats
- Utredda att minska serviceinsatser och att införa rambeslut
- Månadsvis följa effektiviseringar utifrån bemanningshandboken, behovet av bemanningssjuksköterskor samt införandet av sk helgtjänster
- I mars återkomma med förslag kring att minska anhängstöd, träffpunkter samt volontärsamordning

Att uppdra till sektor Valfärd att i samband med de ekonomiska månadsrapporterna under nämnderna återrapportera på respektive område.

Inledning

Grundregeln är att nämnderna i Gävle kommun ska ha en budget i balans, vid eventuella avvikelser ska en åtgärdsplan tas fram, beslutas och verkställas.

Förutsättningarna för 2024 års budget, som Kommunfullmäktige fattade beslut om i november 2023, innebär att nämnden måste fatta besparingsbeslut för att kunna bedriva sin verksamhet inom tilldelad ram.

De så kallade Vårdsnämnderna (Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, Omvårdnadsnämnden och Socialnämnden) har en utmanande situation både utifrån det ekonomiska läget och de samhällsutmaningar som nämnderna ska möta och svara upp mot. Det handlar t ex om kort- och långsiktig kompetensförsörjning, där nästintill alla yrkeskategorier möter ökande krav både vad gäller nyrekryteringar och kompetensutveckling för befintlig personal. Det handlar om att höja nivån på den kommunala primärvårdens förmåga, där både den generella utvecklingen inom hälso- och sjukvården samt de utmaningar regionerna har att hantera ökar trycket på kommunerna. Och det handlar om att kommunen från 1 juli 2025 ska kunna svara upp mot en ny Socialtjänstlag, där fokus bl a ska vara på ett förebyggande arbete i alla åldrar, och där både processer, strukturer, organisering (sannolikt både tjänstemannaorganisationen och den politiska organisationen) behöver utvecklas och förändras. Detta är tre stora områden att hantera, men det finns givetvis fler områden, både som en konsekvens av en på många områden utmanande samhällsutveckling och av var organisationen befinner sig just nu.

Ärendebeskrivning

Vårdsnämnderna har ett totalt besparingskrav på 180 mnkr för 2024, som en konsekvens av nämndernas underskott för 2023, samt de krav på besparingar som ligger för 2024.

Kommunfullmäktiges budgetbeslut fattades 27 november 2023, och förutsättningarna för att nå helårseffekt för 2024 är därmed mycket svåra. Likväl behöver skarpa förslag presenteras för nämnd, eftersom förutsättningarna för 2025 är likartade. Påbörjade besparingar under 2024 ger effekter på de ekonomiska förutsättningarna för 2025.

Omvårdnadsnämnden har ett effektiviseringskrav på 2,5 % för 2024, vilket inkluderar 20 mnkr för bemanningshandbok och omförhandling boendeavtal. Underskott 2023 till

detta innebär att nämnden för 2024 behöver fatta beslut om eller säkerställa att det genomförs besparingar motsvarande 60 mkr.

Sektorledningen har utifrån beslut i nämnd december 2023 tagit fram förslag till besparingar för nämnden som tillsammans innebär att en helårseffekt på 40,8 mkr kan uppnås (med helårseffekt avses vad som kan uppnås under en 12-månadersperiod). Hela denna summa kommer inte att kunna uppnås 2024, på grund av att nämnden fattade beslut om budget i december 2023 utifrån de ramar som alltså gavs den 27 november 2023. Sektorn behöver arbeta vidare med utredningarna för att komma med fler förslag till besparingar.

Områden för besparingar

Välfärd Gävle

Sektorchef och sektorledning kommer som en del i det övergripande arbetet att påbörja följande aktiviteter för att komplettera nämndernas beslut. Dessa besparingar kommer när de ger effekt att påverka nämndernas ekonomi i positiv riktning:

- Minska den sk administrativa organisationen. I denna ingår alla typer av stödfunktioner till nämnder, kunder, chefer och medarbetare (alltifrån ekonomifunktioner till vaktmästare och reception). En minskning motsvarande 7 mnkr.
- Påbörja en översyn av de lokaler som kan hänföras till administration och ledning för att totalt minska de lokalytor som nyttjas. Då sektorn inte äger sina egna lokaler utan hyr lokaler av främst Gavlefastigheter (GFAB) har ett arbete initierats i dialog med GFAB. Bedömd effekt på helår är i nuläget inte möjlig att ge.
- Skärpa återbesättningskrav på chefer och administrativa tjänster. Idag gäller den sk "farfarsprincipen", den kommer tydliggöras ytterligare.

Omvårdnadsnämnd

För Omvårdnadsnämnden föreslås följande aktiviteter eller utredningar påbörjas för att hantera de krav som finns.

Område	Helårseffekt	Eventuell konsekvens
Minska antalet platser på avlösningstvilstelse till 10 platser (dvs minskning av personal, då platserna minskas)	5,0 mnkr	Medför en kvalitetsminskning för kund, då strävan kommer vara max 7 dygn/månad. <i>(Beläggningen på somatikavdelningen har varierat mellan 41%-73% under perioden september-januari och för demensavdelningen samma period har beläggningen varierat mellan 60%-81%).</i>
Minska följande verksamheter: anhörigstöd, träffpunkter samt volontärsamordning	Minskning motsvarande 3,8 mnkr (samt motsvarande hyresminskning)	Kan leda till att fler personer ansöker om hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Sektorn ska återkomma med ett förslag i mars 2024 kring en samlad lösning för detta, där fokus ska ligga på målgrupper med störst behov. Lokalfrågan behöver samordnas med kommundirektörens uppdrag som kom från Kommunstyrelsen 6 februari 2024. Åter till nämnd i mars 2024.

<p>Enheten för anhöriganställda med 3 årsarbetare och anhöriganställda medarbetare avvecklas. Alla anhöriganställda medarbetare inom enheten sägs upp. Kunder får välja annan utförare för sin insats</p>	<p>2,0 mnkr</p>	<p>Många kommuner har inte anhöriganställda, utan erbjuder istället hemtjänst vilket på total nivå blir mer resurseffektivt. Flera anhöriganställda avslutades 2023, och en stor del av dessa har inte ansökt om hemtjänst. <i>(Lönekostnad 2024 för samtliga anhöriganställda är 18,2 mnkr. 2,0 mnkr avser endast kostnader för enheten.)</i></p>
<p>Utreda att minska sk serviceinsatser</p>	<p>-</p>	<p>Behöver göras skyndsamt</p>
<p>Utreda att införa sk rambeslut</p>	<p>-</p>	<p>Måste samordnas med införande av ny Socialtjänstlag</p>

Följande områden är redan pågående, och nämnden behöver få kontinuerlig rapportering om dessa i samband med månadsrapporteringen, för att klara de ekonomiska ramarna:

Område	Helårseffekt	Eventuell konsekvens
Fullfölja effektiviseringar utifrån bemanningshandboken	10 mnkr	Behovet av timvikarier minskar. Kräver ett fortsatt arbete med utbildning, stöd och utveckling av ledning och styrning. Detta är ett huvudområde för att klara besparingskraven. <i>Notera att det redan i nämndens ramar för 2024 förutsatts att nämnden kommer minska kostnaderna motsvarande 20 mnkr genom detta.</i>
Minska behovet av inhyrda bemanningssjuksköterskor	20 mnkr	Pågående arbete
Införa helgtjänster (inom ramen för projektet schema- och personalplanering)	Oklart	Ger minskat vikariebehov på helger. Piloter kan starta under våren 2024, viss effekt kan uppnås under hösten 2024.

Magnus Höjer
Sektorchef
Välfärd Gävle

Beslutsärende:
Patientsäkerhetsberättelse för
Omvårdnadsnämnden, Valfärd
Gävle år 2023

10

23ON525



Missiv

2024-01-31

Diarienummer: 23ON525

Handläggare:

Yvonne Bergman, MAS
Therese Lundberg, MAS
Johanna Storing, MAR

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse år 2023 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att Omvårdnadsnämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2023 som sin egen samt ställer sig bakom målen, strategierna och aktiviteterna för patientsäkerhetsarbetet 2024.

Bakgrund

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.

Ärendebeskrivning

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 2024 för ökad patientsäkerhet.

Enligt Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård 2020-2024” så har ett antal områden identifierats för att skapa en god och säker vård på kommunal nivå:

”...En säkerhetskunnig ledning som styr mot ökad patientsäkerhet och samtidigt skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur.

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och som har förståelse för och kunskap om patientsäkerhet

Säker och användarvänlig teknik

En hållbar arbetsmiljö

Förmåga att ta tillvara patienters och närståendes kunskap och erfarenhet...”

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Patientsäkerhetsberättelse för 2023

Omvårdnadsnämnd

Datum 20240301

Yvonne Bergman medicinskt ansvarig sjuksköterska

Therese Lundberg medicinskt ansvarig sjuksköterska

Johanna Storing medicinskt ansvarig för rehabilitering

Dnr: 23ON525

Innehållsförteckning

Sid 66(314)

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	5
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	7
3.1.1 Övergripande mål och strategier	8
3.2 En god säkerhetskultur.....	15
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	16
3.4 Patienten som medskapare.....	18
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	19
4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador	19
4.2 Tillförlitliga system och processer.....	20
4.3 Säker vård här och nu	33
4.3.1 Riskhantering.....	34
4.4 Säkra analys, lärande och utveckling.....	35
4.4.1 Avvikelser.....	39
4.4.2 Klagomål och synpunkter	43
4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap	44
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	45

Bilagor

Bilaga 1: Rapport journalgranskning 2022

1 Inledning

Sid 67(314)

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

Sid 69(314)

Resultatet gällande övergripande strategier 2023 visar att arbetet med analysverktyget inklusive att upprätta handlingsplan och utse ansvariga för åtgärder är slutfört.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering har tillsammans med Kvalitetsteamet föreslagit indikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvård. Inga beslut är tagna av nämnder ännu, men arbetet med detta fortsätter via strateg för kvalitet och verksamhetsutveckling samt verksamhetschef för Planering, analys och utvärdering. Vid två tillfällen under hösten 2023 har sektorns ledningsgrupp arbetat med hur sektorn kan förenkla det systematiska kvalitetsarbetet samt vilka indikatorer som ska följas av sektorn. Exempel på åtgärder är att Kvalitetsteamet har tagit fram ett förslag till gruppen på hur rutinen kan bli lättare att förstå samt bidra till bättre följsamhet.

Gällande Power BI - portalen för statistik och analys är en plats där strategisk viktig information tillgängliggörs och detta möjliggör faktabaserade beslut på ett enklare och effektivare sätt. En övergång skett till en ny modell som gör att de flesta uppgifterna uppdateras varje natt. Det är nu också möjligt att se vilken status avvikelser har (nya, under utredning, avslutade och så vidare).

Redan i patientsäkerhetsberättelsen år 2019 framkommer det brister i processen gällande avvikelshantering. Dessa brister framkommer fortsatt i samtliga upprättade patientsäkerhetsberättelser 2019 - 2023. Detta trots att åtgärder uppges ha vidtagits. Precis som i tidigare kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser kan det konstateras att bedömningar av sannolikhets- och allvarlighetsgrad 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 MAS/MAR blir informerade om händelsen eller inte.

Att tydliggöra arbete med riskhantering av verksamhet kvarstår.

Arbete i kompetensförsörjningsprojektet har fortgått gällande bland annat modellen för kompetensförsörjning, en prioritering av utbildningar samt genomförande av språkutbildning, Se vidare beskrivning under 3.3 Adekvat kunskap och kompetens.

När det gäller nationella vårdförlopp så har arbetet i lokala arbetsgrupper med region Gävleborg fortsatt och implementering av aktuella vårdförlopp bör kunna påbörjas under 2024.

Redan 2019 beslutades det att implementering av beslutsstöd skulle införas 2020. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Det är viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd alltid sker på ett strukturerat sätt, att alla patienter ska få en likvärdig bedömning och att åtgärder ges på rätt vårdnivå för en ökad patientsäkerhet. Implementering av beslutsstöd VISAM för sjuksköterskor planeras att genomföras under våren 2024.

MAS/MAR/NAD har tillsammans med upphandlingscontroller medverkat på uppföljningar av externa utförare för att följa upp kvalitet. Uppföljningarna genomförs enligt en strukturerad uppföljningsmall.

Gällande god vård vid demenssjukdom och resultat i BPSD-registret så syns en fortsatt förbättring gällande multiprofessionellt teamarbete samt användning av smärtskattningsinstrument, fortsatt utvecklingsarbete är önskvärt.

Resultatet för år 2023 visar att antalet genomförda riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa har ökat jämfört med föregående år framförallt inom

hemsjukvård, men att det återstår förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet.
Sid 70(314)
Gällande god vård i livets slut och resultat från Svenska palliativ registret så kvarstår
förbättringsområden gällande evidensbaserad smärtskattning och dokumenterad
munhälsobedömning. Goda resultat finns för flera andra indikatorer.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Sid 71(314)

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



MLG - Medicinsk Lednings Grupp

Består av MAS, MAR, verksamhetschefer enligt HSL.

Ett forum för att driva och följa upp patientsäkerheten i kommunen och arbeta ihop i strategiska frågor.

- Frågor från verksamheten
- Avvikelser/Lex Maria
- Samverkansfrågor och forum
- Delegeringar
- Omvärldsbevakning
- Indikatorer

ULG - Utökad Lednings Grupp

Består av: MAS, MAR samt kvalitetssamordnande sjuksköterska som är inbjudna till hälso- och sjukvårdskontorets ledningsgrupp.

I forumet lyfts samverkansfrågor och kvalitetssamordnare ges möjlighet att lyfta avvikelser.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Sid 72(314)

Mål

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.

Strategi

Den övergripande strategin under 2023 var 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

I det här stycket beskrivs hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet var fördelat inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde under 2023.

Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöttas av en gemensam förvaltning. Förvaltningen är indelad i fyra sektorer vars uppdrag avgörs av tillhörande nämnder.

Kommunens hälso- och sjukvård tillhör sektor Valfärd Gävle vilken består av sex kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighet, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd, Hälso- och sjukvård och ledningsfunktioner inom HR, ekonomi, kommunikation och kvalitetsledning. Inom Valfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. 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.

I kontor Hälso- och sjukvård arbetar Valfärd Gävles legitimerade medarbetare, så som legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor. Kontoret är indelat i fyra geografiska team; Nord, Öst, Syd och Väst. Medarbetare är verksamma inom hemsjukvård, vård- och omsorgsboende och LSS/socialpsykiatri och utför arbetsuppgifter utifrån hälso- och sjukvårdslagen.

Kontor Hälso- och sjukvård bedriver primärvård i kommunal regi och ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Målet med hälso- och sjukvården är en vård på lika

villkor för alla medborgare.

Sid 73(314)

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.

Inom kontor hälso- och sjukvård bedrivs hälso- och sjukvård dygnet runt, alla dagar i veckan och insatser utförs i patientens hem. 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

En ledning på plats där samtliga chefer är legitimerade. Detta har lett till att patienter och säkerhet kan diskuteras med andra aktörer på ett professionellt sätt där patientsäkerheten lyfts in tidigt i processer och på en adekvat nivå, som gynnar säkerhet och patientsäkerhet. Ledningen och enhetschefer har flyttat ut i verksamheten och större områden skapats, detta leder till en närvarande och engagerad ledning och större trygghet för medarbetare.

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)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAR arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAR fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket 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 ^{Sid 74(314)} fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och, i det fall det krävs, rapportera till Omvårdnadsnämnden angående hur arbetet med mat, måltider och nutrition bedrivits i verksamheterna. NAD 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

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

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.

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.

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 ramavtal och lokala samverkansavtal är påbörjad under hösten 2023. Sid 75(314)

Förstärkt samverkan

Förstärkt samverkan är en samverkansgrupp med representanter från slutenvård, primärvård och Valfärd Gävle. Valfärd Gävle representeras av verksamhetschefer. Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Medicinskt ansvarig för rehabilitering är adjungerade vid behov.

Sommarsamverkan

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

Mobilt sjukvårdsteam

Gävle kommun och Region Gävleborg har sedan 2018 ett gemensamt mobilt sjukvårdsteam. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård. 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.

Uppsökande tandvård

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.

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 eget rum.
- Minskat behov av eventuell premedicinering samt exponering för externa miljöer.
- Kostnadseffektiv vårdmodell.
- Undviker onödiga transporter och personella resurser.

Samverkan Region/ Kommun Covid-19 Pandemin Samverkan smittskydd/vårdhygien

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2023. Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om gemensamma rutiner gällande Pandemin. Under året deltog vårdhygien, vaccinsamordnare och smittskyddsläkare från Region Gävleborg och från länets

kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade. Samverkansmötena genomfördes varannan vecka. Detta forum har varit viktigt under pandemin då man snabbt har satt in lokala åtgärder vid ökad smittspridning samt att vaccinationer har planerats i samverkan.

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.

Överenskommelse om svårt sjuka

Överenskommelsen har till syfte att säkerställa att patienter där sjukhusvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett delat ansvar, får en säker och jämlik vård med så god livskvalitet som möjligt. Överenskommelsen omfattar alla verksamheter. Alla verksamheter som berörs ingår inom respektive huvudmans ansvar.

Lokal samverkansgrupp Nutritionsråd

Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist NAD och MAS ingår från Välfärd Gävle. Gruppen representeras av bland annat verksamhetschef Paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS Ockelbo 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

Lokal arbetsgrupp diabetes

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

Lokal arbetsgrupp primärvård

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

Lokal arbetsgrupp rehabilitering

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

Uppdrag:

- Utveckla samverkan i patienternas rehabiliteringsflöden mellan vårdgivare. ^{Sid 77(314)}
- Omsätta Lokala programområdets verksamhetsplans aktiviteter.
- Initiera GAP-analyser, besluta om handlingsplan och följa upp och kommunicera resultat.
- Utse representanter för svar på remisser och implementering av generiska modellen för rehabilitering i diagnosspecifika personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp
- Implementera kvalitetsindikatorer för rehabilitering.
- Upprättande av rutiner och bereder underlag till kunskapsstyrningsrådet.
- Ge uppdrag till Lokala arbetsgrupper till exempel Länsdelssamverkan.

Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet

Samverkansgruppen leds av slutenvårdens Chefssjuksköterska och representanter är chefläkare, tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor varav en från Gävle samt en MAR från länet.

Läkemedelskommitté

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

Den kommunala läkemedelsgruppen

Arbetsgruppen arbetar med att upprätta riktlinjer för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg. MAS från Gävle är representant tillsammans med ytterligare en MAS i länet samt sjuksköterskor från olika verksamheter.

Hjälpmedelsgroup

Hjälpmedelsgroupen är utsedd av Länsledning välfärd och består av sakkunniga inom hjälpmedelområdet 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 hjälpmedelområdet.
- Planerar och arrangerar ett årligt nätverksmöte för alla förskrivare inom hela Gävleborg

LAG palliativt råd

Lokal arbetsgroup LAG palliativt råd för införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kommunerna representeras av MAS från Gävle och MAS från Nordanstig. Andra representanter är bland annat biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, läkare och sjuksköterskor från palliativa teamet, chefssjuksköterska, chefläkare, läkare och sjuksköterskor från barn- och ungdomssjukvården samt verksamhetschefer från primärvård.

God och nära vård - länsgemensam arbetsgrupp

Sid 78(314)

Ansvarar för arbete enligt uppdrag från Länsledning inom ramen för omställning till god och nära vård. En mindre arbetsgrupp inom gruppen arbetar även med att ta fram indikatorer för uppföljning enligt uppdrag från Länsledning. MAR Gävle deltar i båda arbetsgrupperna.

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

Samverkan gällande svårt sjuka patienter som vårdas i hemmet utifrån upprättad överenskommelse med tillhörande rutiner är ett förbättringsområde gällande samverkan mellan specialistvård/primärvård/kommunal hälso- och sjukvård. En framgångsfaktor har visat sig vara att kalla till ett möte mellan berörda professioner innan SIP mötet hålls där patient medverkar. Involverade aktörer har då upprättade egenvårdsbedömningar, riskbedömningar, ordinationer, förskrivningar samt kontaktuppgifter färdigställda och SIP kan då upprättas så att patienten vet vem som gör vad.

3.1.1.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För de system som definierats inom Hälso- och sjukvård har informationssäkerhetsklassning, konsekvensbedömning och riskanalys genomförts under 2023, förutom för Treserva VO där klassning är genomförd men arbetet stannat upp i konsekvensbedömningen. Konsekvensbedömning och riskanalys är planerat att slutföras under Q1 2024.

Tolv incidentrapporter med åtgärdsförslag för att motsvarande incident inte ska hända igen har tagits fram och rapporterats till nämnd och ledning.

Under 2023 har en rutin och ett årshjul tagits fram och beslutats för att systematiskt genomföra årliga riskanalyser för system inom Hälso- och sjukvård och informationsbehandlingar som ur konfidentialiteten klassats som en 2:a eller 3:a.

Vid upphandling av nya tekniska IT-lösningar får enheten för informationssäkerhet och dataskydd nu information om och kan på så vis stödja med informationssäkerhetskrav utifrån resultat av klassning och riskanalys.

Målet för systematiska loggkontroller under 2023 har inte uppfyllts på grund av tekniska avvikelser i systemet. Rutin för chefer som beskriver åtgärder vid upptäckt otillåten läsning eller dataintrång har tagits fram och beslutats.

Åtgärder som framkom under övergripande riskanalys med Sektorledningen hanteras numera av Ledningsgrupp för Utveckling och stöd.

Tretton rutinbeskrivningar rörande administrativa åtgärder som bidrar till ökad informationssäkerhet har tagits fram och beslutats under 2023.

Ett samarbete har startat med ny organisation inom sektorn mellan informationssäkerhet och Hälso- och Sjukvårdsverksamhet rörande främst NIS och kommande NIS2 samt att vissa förberedelser har påbörjats inför kommande reglering inom NIS2.

En GAP – analys [1] har genomförts som visade att det systematiska informationssäkerhetsarbetet på sektorn har ökat under 2023. Resultatet jämfördes med resultaten vid motsvarande analys 2022.

[1] Infosäkkollen framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

3.2 En god säkerhetskultur



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

Gävleborgs läns tio kommuner och Region Gävleborg har formulerat en målbild för God och nära vård i Gävleborg:

Nära vård för mig som invånare innebär att:

- Jag får hjälp och stöd i rätt tid.
- Jag får stöd i att främja min hälsa.
- Min egen kraft tas tillvara.
- Sammanhållet och enkelt för mig.

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 Vårld och riktar sig till alla medarbetare inom kommunerna i Gävleborgs län.

Kontor hälso- och sjukvård

Verksamhetschefer 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.

En översyn av sjuksköterskornas kväll- och helgorganisation har gjorts. Med bakgrund av denna så finns en planering att starta upp en förändrad organisation under våren 2024. Det innebär att samtliga sjuksköterskor ska arbeta både kvällar och helger. Hittills har de flesta kvällar och helger varit bemannade med inhyrda sjuksköterskor. Detta har lett till bristande kontinuitet och patientsäkerhet. Vid genomgång av avvikelser framkommer att omvårdnadspersonal dels har svårt att nå sjuksköterskor på kvällar och helger, dels att sjuksköterskorna överlåter medicinska bedömningar till omvårdnadspersonal. En god vård förutsätter att sjuksköterskor kan bedöma patientens hälsotillstånd på plats. Målet med omorganisationen är att öka kontinuitet och patientsäkerhet samt bidra till en förbättrad arbetsmiljö.

Kvalitetsorganisation

Arbetet med kvalitetsorganisation har pågått under 2023 och fortgår första kvartalet

2024. Arbetsgruppen består av verksamhetschefer från kontoren boende och hälso-
sjukvård, MAS, MAR samt verksamhetschef för planering, analys och utvärdering.^{Sid 80(314)}

Uppdraget är att skriva fram ett eller flera förslag till hur en kvalitetsorganisation kan se ut i hela Valfärd Gävle. Förslaget kommer att lämnas till biträdande sektorchef i mars/april 2024.

Arbetsgruppen har under 2023 arbetat med att titta på hur andra kommuner och regioner har byggt sin kvalitetsorganisation. Hälso- och sjukvårdskontoret har genomfört en pilot med kvalitetssamordnare.

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.

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.

Projekt Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle

Inom sektor Valfärd pågår ett projekt "Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle", vars syfte är att skapa hållbara strukturer och processer för att identifiera behov och samordna kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Utifrån behovet ska utbildningsinsatser genomföras för att säkerställa att medarbetare inom Valfärd Gävle kan utföra sina uppdrag. Projektet kommer bland annat att leverera en modell för kompetensförsörjning och kompetensutveckling som omfattar hur vi identifierar kompetensbehov och kompetensgap, arbetssätt för hur enheter själva kan identifiera gap och göra kompetensutvecklingsplaner.

Gävle kommun har ett digitalt kompetensförsörjningssystem, benämnt Kompetensen. I Kompetensen kommer varje befattning (exempelvis undersköterska inom hemtjänsten eller handläggare på en utredningsenhet) få en kompetensprofil, som beskriver krav på befattningens formella (till exempel vilken utbildningsnivå och typ av utbildning man måste ha) och funktionella (till exempel hur vi använder våra kompetenser och erfarenheter i praktiken) kompetenser. Syftet är att chef och medarbetare i sina medarbetarsamtal och andra avstämningar har en dialog kring hur kompetensen för varje medarbetare ser ut och om någon kompetensutveckling behöver genomföras.

Utbildningar som behöver prioriteras är dokumentation, basala hygienrutiner, fast omsorgskontakt, förflyttningsteknik, hälso- och sjukvård, vård i livets slut och rutiner och lagstiftning i vården. Flera av utbildningarna finns som webbutbildning men ska kompletteras med lärarledd utbildning och arbetsplatsförlagda utbildningar. Sid 81(314)

Under hösten 2023 har tre personer inom Vålfärd Gävle (Vuxenutbildningen) utbildats till språkombudsutbildare och våren 2024 kommer tre personer till att utbildas. Den första utbildningen till språkombud kommer att genomföras under våren 2024 och efter det kommer de att vara språkombud på sin arbetsplats.

Vuxenutbildningen genomför kontinuerligt språkutbildning för omsorgspersonal där fokus är att förbättra kunskaper i det svenska språket och hur det är att arbeta i vården. Genomförs i grupp med deltagare från olika arbetsplatser under en termin.

Introduktion i metoden Händelseanalys

Under 2023 så har medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvarig samordnare hållit en introduktionsdag i metoden Händelseanalys utifrån ett nationellt utbildningsmaterial publicerat på hemsidan för Nätverket Sveriges chefläkare. Materialet är baserat på SKRs vägledning " Utredning av allvarliga vårdskador, 2021". Målgrupp för den första introduktionen var Vålfärd Gävles kvalitetsteam.

Utbildning i Medicinsk rätt

Länsledning Gävleborg erbjöd en gemensam utbildning i medicinsk rätt för befattningshavare med chefsuppdrag och ledningsansvar, inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Från Vålfärd Gävle deltog MAS/ MAR. Kursansvariga var Institutionen för Medicinsk Rätt AB. Syftet var att deltagarna skulle få förstärkta och fördjupade kunskaper om medicinsk rätt och att kunna applicera det juridiska regelverkets krav i den egna organisationen.

Utbildningar för legitimerad personal

- HLR-utbildning
- Diabetesutbildning
- Palliativ vård
- Munhälsa

Nutritionsutbildning

I Kompetensen finns sedan våren 2022 en nutritionsutbildning för sjuksköterskor framtagen av NAD (nutritionsansvarig dietist). Under 2023 hade 11 sjuksköterskor gått utbildningen (totalt 19 st sedan utbildningen aktiverades).

För omsorgspersonal finns också helt nya inspelade filmer på basnivå i grundläggande näringslära, måltidens betydelse för äldre och livsmedelshygien. Efter avslutad utbildning följer ett kunskapstest och ett certifikat utdelas som närmsta chef får ta del av. Alla tre utbildningar ska göras vartannat år enligt *Rutin för mat och måltider* och systemet påminner om detta. Under 2024 kommer fler utbildningar tas fram i fördjupande syfte för kostombud och vana medarbetare. Samtliga digitala utbildningar är komplement till lärarledda utbildningar av NAD.

3.4 Patienten som medskapare

Sid 82(314)



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

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 patienten mål för vården. Detta kan gälla samordnad individuell plan SIP, vårdplaner, brytpunktssamtal och genomförandeplaner. Personcentrerad vård ska styra planeringen så att patienten mål uppfylls.

Hälso- och sjukvårdskontoret beskriver att hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet kan se olika ut beroende på verksamhetens behov och förutsättningar. Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från närstående och patienten för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet för god vård. Verksamheterna ser patienter och närstående som en naturlig del i händelseanalysen vid allvarliga händelser.

Mat och måltider

Varje år har kund möjlighet att ge feedback på maten genom en enkät som skickas ut av matleverantören. Detta gäller de enheter med leverantör. På alla vård- och omsorgsboenden förekommer boenderåd där kund och anhörig har chans att framföra sina åsikter, ofta har dessa tema just mat och måltider, som är en central del av dagen. På de vård- och omsorgsboenden som har en matleverantör kan kunderna via sina kostombud framföra synpunkter till NAD och måltidsleverantör på matrådsmöten som enligt avtal hålls en gång per termin.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Sid 83(314)

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 Lex Maria har lämnats till Inspektionen för vård och omsorg IVO under år 2023.

Ett ärende gällde oväntat dödsfall, utredning av dödsorsak faller under Region Gävleborgs ansvarsområde. I händelseanalysen framkommer patientsäkerhetsrisker gällande planering av arbetet, att följa och följa upp vårdplaner, teamarbete och kompetens.

Ett ärende gällde att enskild lämnats ensam i rullstol med lyftsele påkopplad till tak-lyft. I händelseanalysen framkommer bakomliggande orsaker såsom en stressande arbetssituation, att utbildning i förflyttningsteknik saknats samt att ensamarbete förekommer trots behov av att vara två personal.

Ett ärende gällde en händelse där en enskild vid flera tillfällen hittats i en riskfylld position i säng. I händelseanalysen framkommer bakomliggande orsaker såsom^{Sid 84(314)} bristande kommunikation och återkoppling om pågående insatser, att avvikelser inte hanterats gemensamt i teamet samt att all berörd personal inte deltagit i visning gällande positionering i säng.

Ett ärende gällde risk för allvarlig vårdskada vid ett vård- och omsorgsboende i Gävle. Anmälan handlar om brister i avvikelshantering, läkemedelshantering, dokumentation, kommunikation relaterat till språk och kompetens, ledarskap/chefskap, teamarbete, genomförande och uppföljning av omvårdnadsåtgärder samt planering av det dagliga arbetet. Händelsen som anmälts berör till stor del de områden som IVO granskar i den nationella tillsynen av hälso- och sjukvårdsinsatser på SÄBO som omfattar individuell bedömning och kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slut. IVO kommer därför att fortsätta granskningen av vårdgivarens verksamhet.

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

Två ytterligare händelseanalyser är pågående och kommer färdigställas 2024.

Kvalitetsansvarig sjuksköterska

Inom kontor hälso- och sjukvård har en kvalitetsansvarig sjuksköterska börjat. Kvalitetsansvarig sjuksköterska är mottagare för externt inkomna avvikelser, utreder avvikelser tillsammans med ansvarig chef samt skickar dessa till berörd mottagare, utgör stöd till chefer vid utredning av nya avvikelser. Kvalitetsansvarig sjuksköterska ger stöd vid bedömning av allvarlighetsgrad, händelseanalys samt vid framtagande av åtgärder. Kvalitetsansvarig sjuksköterska medverkar vid ledningsgrupp för dialog kring avvikelser.

4.2 Tillförlitliga system och processer



Läkemedel

I region Gävleborgs tidning som ges ut av läkemedelskommittén och läkemedelsenheten presenterades en översiktlig artikel gällande neuroleptikaanvändning på särskilt boende för äldre (SÄBO). Artikeln indikerade en möjlig överanvändning av neuroleptika. Dessutom verkade förskrivna läkemedel i viss utsträckning avvika från gällande läkemedelsrekommendationer. Denna information ledde till att både läkemedelskommittén och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Gävleborgs kommuner (MAS-nätverket) såg ett behov av ökad förståelse för hur neuroleptika används på SÄBO. Huvudsaklig behandlingsindikation för neuroleptika till patienter i denna vårdform bedöms sannolikt vara beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

(BPSD). Med hjälp av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och patientansvariga sjuksköterskor på SÄBO har användningen av neuroleptika kartlagts i form av en punktprevalensmätning. Mätningen genomfördes i samtliga kommuner i länet under oktober 2023. 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 samt aripiprazol. Mätningen påvisar relativt stora skillnader i användning av neuroleptika mellan länets kommuner, både i andelen granskade journaler där patienten använder neuroleptika (11–36 %), såväl som andelen neuroleptikaordinationer som överensstämmer med rekommendationer för BPSD (35–87 %).

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. Ett systematiskt arbetssätt kring patienter med BPSD kan bidra till en högre grad av förståelse för och bättre hantering av en patienttyp som annars ofta uppfattas som svår och störande. Utöver att insatserna i sig kan bidra till lugnare patienter och bättre arbetsmiljö, kan de också leda till en lägre grad av användning av riskfyllda läkemedel.

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.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Extern kvalitetsgranskning av samtliga läkemedelsförråd inom vård- och omsorgsboenden i egen regi har genomförts. Egenkontroller har gjorts vid samtliga vård- och omsorgsboenden i egen regi. När det gäller de privata så har kontroll gjorts gällande att även de genomfört en extern kvalitetsgranskning.

Genom samverkan med läkemedelsenhetens kliniska farmaceut så har nedanstående

resultat noterats:

Sid 86(314)

- Höjd patientsäkerheten och stärkt kvalitén i läkemedelshanteringen
- 36 återkopplingsrapporter upprättade 2021
- 69 återkopplingsrapporter upprättade 2023
- I särskilda boenden, funktionshinderomsorgen, hemsjukvård
- Temat för 2023 utgick från narkotikahanteringen där hela kedjan granskades gällande införsel, förbrukning och kassering
- Utbildning i hemgångsdos/slutenvårdsdos (dospåsar som skickas med från sjukhus) genom fördes vid 4 tillfällen under 2023

Samtliga läkemedelsförråd som finns uppförda i vård- och omsorgsboenden i egen regi, entreprenader samt till viss del även de privata har haft en extern kvalitetsgranskning i samverkan med apotekare från regionens läkemedelsenhet, MAS samt representanter från aktuell verksamhet.

Följande förbättringsområden framkom i den externa kvalitetsgranskningen:

- Upprättande av lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning

I den revision som genomfördes av PWC, **Granskning hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst** nämns följande: Bakgrund Omvårdnadsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som erbjuds patienter inskrivna i hemsjukvården. En central uppgift i hemsjukvården är att förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel. För läkemedelshantering finns ett omfattande regelverk bestående av lagar, förordningar och föreskrifter som vårdgivaren måste följa.

Enligt regelverket är det enbart hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att hantera läkemedel. Det innebär att kommunens sjuksköterskor är behöriga att hantera läkemedel, men att dessa uppgifter kan delegeras till annan vårdpersonal, vanligen undersköterska eller vårdbiträde. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna i hemsjukvården delegerar läkemedelshanteringen till undersköterskor och övrig personal inom hemtjänsten. Delegering får göras under vissa förutsättningar och villkor samtidigt finns det formkrav på rutiner och dokumentering av delegering. Exempelvis är delegeringsbeslutet alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor eller vårdpersonal i ett givet verksamhetsområde. Därtill behöver den som tar emot delegeringen ha tillräcklig kunskap, erfarenhet och förutsättningar att ta emot delegeringen och om det är förenligt med en god och säker vård av kunden. Den som utfärdar en delegering ansvarar för att den som får läkemedelsdelegering har tillräcklig kunskap, förutsättningar och praktisk erfarenhet att utföra arbetsuppgiften. Delegeringen kan närsomhelst återkallas.

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

Digitala signeringslistor

Under 2022 påbörjades införandet av digitala signeringslistor. Dessa säkrar upp att den 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 läkemedelshanteringen i realtid.

Gällande vård- och omsorgsboenden (9 st) i egen regi ser man att signeringsgraden generellt är hög. De flesta boenden har en signeringsgrad inom 95 - 100%. När det

gäller hemtjänstområden (8 st) i egen regi varierar signeringsgraden mellan 89 - 100%. På de mindre hemtjänstområdena är signeringsgraden betydligt högre än på de större områdena. ^{Sid 87(314)}

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 är då mycket viktigt att den utbildning som ges i samband med delegering är av god kvalitet. Kvalitetssäkring av nuvarande delegeringsutbildning saknas vilket medför att utbildningen ges på varierande sätt och att endast en del av verksamheten erbjuder utbildning till sina medarbetare. Detta leder till en osäker kvalitet av delegeringsprocessen. Det finns även 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.

Läkemedelsautomater

I den av SKR utgivna vägledning gällande läkemedelsautomater och juridiska aspekter anges följande att när en individ inte kan hantera sina läkemedel själv kan hälso- och sjukvården gå in och ta över detta ansvar i större eller mindre utsträckning. Grunden för övertagandet är ett läkarbeslut vilket innebär att den regionala hälso- och sjukvården behöver vara inkopplad.

35. Finns dokumentation om vilken läkare som har tagit beslutet om läkemedelsövertag?

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Alltid	9
● Oftast	0
● Sporadiskt	4
● Aldrig	5
● Ej aktuellt	2



Läkemedelsautomater kan ge goda förutsättningar till en alternativ och ändamålsenlig hantering av läkemedel för den enskilde, men kommunen måste utforma lämpliga rutiner och säkerställa kompetensen hos sin personal så att hanteringen lever upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Gör man det kan automaterna bidra till såväl effektiv användning av kommunens resurser, förbättrad patientsäkerhet och ökad självständighet för individerna.

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.

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.

- 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 medicinskt 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 2023. Fler utbildningar planeras genomföras under 2024.

Hygienronder har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden i egen regi, entreprenader samt till viss del i privat regi.

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.
- Hjälpa patienter att hålla god handhygien. Eftersom kontaktsmitta via händerna är en vanlig smittväg är det viktigt att erbjuda hjälp till patienter som har behov av det.
- 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.

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal/regional vård och omsorg

Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Egenkontrollen är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal/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 och särskilt boende enligt Sol och LSS.

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.

Sid 89(314)

Under år 2023 har det framkommit att arbetet med att säkerställa att lagstiftning följs gällande MTP/mätutrustning och kommunägda hjälpmedel avstannat. Hälso- och sjukvårdskontoret uppger tids- och resursbrist. Egenregin påbörjade en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021. Våren 2022 gjordes ett omtag i inventeringen. Hemsjukvården genomförde inventering av mätutrustning, men inte vård- och omsorgsboende. 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.

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. Hjälpmedelssamordnarens uppdrag kommer redovisas senare under år 2024.

19. Finns förteckning över alla kommunägda hjälpmedel/träningsredskap för spårbarhet och kontroll enligt bruksanvisning?

[Mer information](#)

● Ja	6
● Nej	0
● Delvis	5
● Ej aktuellt	9



22. Kontrolleras/kalibreras all medicinteknisk mätutrustning enligt bruksanvisning?

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Ja	9
● Nej	4
● Delvis	3
● Ej aktuellt	4



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 symtom 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:

Sid 90(314)

- 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)

	2023	2022	2021
Antal registreringar	413	391	432
Antal registrerade personer	364	251	263

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 sker det en succesiv förbättring, men finns fortfarande en utvecklingspotential. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat i arbetet med BPSD där HSL-personal deltagit.

	2023	2022	2021
Gävle kommun	67,8 %	62,1 %	37,1 %
Gävleborgs län	83,4 %	67,2 %	40,8 %
Riket	86,6 %	69,8 %	45,1 %

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 (72,3 %).
Sid 91(314)
 Även i användning av smärtskattningsskala ligger Gävle högre än länet (28,9 %) och riket (32,8 %) men har stor utvecklingspotential.

	2023	2022	2021
Andel smärtfria registrerade personer	78,9 %	78,6 %	80,7 %
Andel registreringar där smärtskattningsskala använts	37,2 %	24,8 %	23,2 %

Användning av ”olämpliga läkemedel” för målgruppen

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

	2023	2022	2021
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	0,7 mg / 16,2 %	0,7 mg / 13,4 %	0,7 mg / 13,4 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Gävleborgs län	0,8 mg / 16,5 %	0,8 mg / 15,1 %	0,8 mg / 15,4 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	0,8 mg / 13,5 %	0,8 mg / 13,0 %	0,8 mg / 12,3 %

Kommentar: Målvärdet bör vara < 10 % enligt Socialstyrelsen

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

	2023	2022	2021
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	14,9 mg / 17,3 %	14,2 mg / 18,4 %	14,0 mg / 18,5 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Gävleborgs län	15,3 mg / 16,6 %	14,8 mg / 19,0 %	15,0 mg / 18,7 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	13,3 mg / 20,2 %	13,6 mg / 19,7 %	13,7 mg / 18,9 %

Kommentar: Målvärdet bör vara ca 10 %

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 bestående av 100 % Demenssamordnare och 50 % undersköterska har fortsatt sitt uppdrag men nu som permanent verksamhet

Demensteamets uppdrag har främst varit utbildningsinsatser och handledning i kundärenden med BPSD-problematik.

Utbildningsinsatsernas upplägg har varierat efter verksamheternas behov och tidsförutsättningar. Utbildningsinsatser/handledning har främst utförts inom vård- och omsorgsboende men även inom LSS, hemtjänst och till biståndshandläggare.

Samverkan med Regionens Minnesmottagning har ökat i kundärenden.

Samverkansprojekt

Under tidsperioden 230830 – 2409XX driver Demensteamet, Minnesmottagningen och Kognitiva stödteamet i Ljusdals kommun ett samverkans-projekt ”BPSD – en daglig utmaning”. I Vårld Gävle deltar Fleminggatan 11 (demensboende för yngre och dagverksamhet för yngre) och i Ljusdals kommun vård- och omsorgsboendet Tallnoret. Projektet kommer att pågå till v 37 2024.

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 har som mål att hitta ett mer kontinuerligt personcentrerat arbetssätt och därmed minska användandet av olämpliga läkemedel med hjälp av regelbundna BPSD-registreringar och multiprofessionellt teamarbete.

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

Under projektet kommer regelbundna teammöten ske cirka var 6:e vecka i respektive verksamhet. Minnesmottagningens läkare och sjuksköterskor samt Kognitivt stödteam/Demensteam i respektive kommun medverkar konsultativt. Verksamheternas deltagare kommer att vara sjuksköterskor, enhetschefer, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt patientansvarig läkare.

Till dessa möten ska en komplett BPSD registrering vara gjord och aktuell läkemedelslista ska finnas.

BPSD-administratörsutbildning

Under året har 5 BPSD-administratörsutbildningar genomförts, varav 1 för externa utförare. I och med dessa utbildningar har 43 nya medarbetare genomgått utbildningen. Totalt antal medarbetare i Gävle kommun som genomgått BPSD-administratörsutbildningen sedan 2012 är 635 personer.

God vård i livets slut

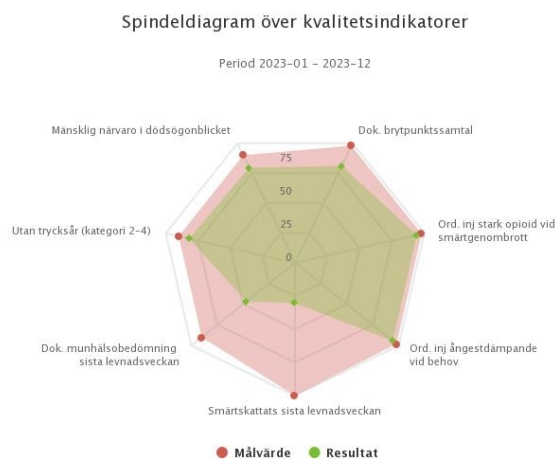
I IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras. Det är vanligt att brytpunktssamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och 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 slutskede 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. Under 2023 har täckningsgraden försämrats 46,58% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun rapporterades till registret (2022 rapporterades 55,6%, 2021 rapporterades 56,04%, 2020 rapporterades 56,85%). I jämförelse av täckningsgrad med övriga län så befinner sig Gävleborg på plats sju.

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 symtom- och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. 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. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård- och omsorgsboenden samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande kvalitetsindikatorerna ordination av injektionsläkemedel samt gällande hemsjukvård även indikatorerna utan trycksår grad 2- 4 och mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

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, >65 år, N = 122



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Sid 94(314)

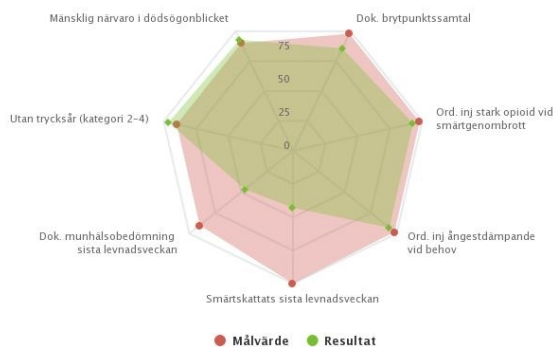
Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	30,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	46,7
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	82,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,5

Urval: Gävle kommun, Eget hem-med stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N= 28

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Detta är en modifierad rapport

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Sid 95(314)

Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	92,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,9
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	42,9
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	46,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	96,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,9

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 ta reda på idag är hur många riskbedömningar för undernäring som gjorts i varje verksamhet. För 2023 gjordes exempelvis 444 st riskbedömningar för undernäring inom hemsjukvården, men vi vet inget om utfallet på dessa om vi inte granskar journalen för varje individ. Därav kan siffran i sig inte ge oss information om undernäring. Önskvärt är att i framtiden få statistik över hur många som har för lågt BMI, som fick utfall risk för undernäring på riskbedömningen och hur många av dessa som fått en nutritionsbehandling (och uppföljning av denna). Sedan utträdet ur Senior Alert finns inte möjlighet att följa statistik och på så vis saknas en helhetsbild gällande nutritionstatus.

Nattfasta

Det enda 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 mäts också årligen på gruppnivå. Från 2022 har beslut tagits att mätningen sker en gång per år till förmån för att lägga mer resurser på att förbättra nutritionsomhändertagandet och mindre resurser på själva mätningen som tar mycket tid i anspråk. Innan 2022 mättes nattfastan två gånger per år.

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 606 inkluderade personerna i mars månads mätning 2023 visar resultatet att 87 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 8 timmar och medianen 7,3 timmar. Mycket positivt för

mätningen var att sju enheter nådde 92 - 99% och att två enheter nådde målet om 100%.
Sid 96(314)

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. Kostombudsmöten hålls minst fyra gånger per år på varje enhet varav NAD bjuds in vid två tillfällen. Enhetschef deltar varje gång. På dessa möten 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. 20 % av de svarande, där bland hemsjukvården, svarade att de inte kände till *Rutin för nutrivitionsbehandling*. 30% svarade att den var delvis känd och tillämpad. Att rutiner är kända och tillämpade i verksamheterna är en grundförutsättning för hög patientsäkerhet.

På frågan om man får en nutrivitionsutredning vid upptäckt risk för undernäring eller konstaterad undernäring svarade 65 % ja. Det betyder att i 35% av verksamheterna får patienterna inte alls eller endast vissa, sitt nutrivitionstillstånd utrett kring vad som orsakar undernäringen eller risk för detta.

47. *Rutin för nutrivitionsbehandling* med kopplade bilagor är väl kända och tillämpade i verksamheten?

[Mer information](#)


 Insikter


 Ja	10
 Nej	4
 Delvis	6



48. Alla kunder med undernäring/ risk för undernäring genomgår en nutrivitionsutredning?

[Mer information](#)

 Insikter

 Ja	13
 Nej	3
 Delvis	4



Inom kommunal hälso- och sjukvård är det sjuksköterskan som har nutrivitionsansvaret. Där innefattas hela nutrivitionsvårdsprocessen 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 har 35% av verksamheterna ^{Sid 97(314)} svarat att sjuksköterska inte har tillräckligt med tid till att utföra en heltäckande nutritionsutredning. Detta kan få stora konsekvenser för en patients vård och behandling och i värsta fall leda till vårdskada.

På frågan om remiss skrivs till logoped för utredning av ät- och sväljsvårigheter svarade 40% att de aldrig eller sporadiskt gör det.

För att kunna följa rutinen vid nutritionsbehandling med kopplade bilagor (lathundar och instruktioner) behövs tid för att sjuksköterska ska kunna läsa igenom och tillämpa de arbets sätt som dokumenten krävställer.

50. Sjuksköterskan har tillräckligt med tid för att göra en heltäckande nutritionsutredning? (beräkna energi- och proteinbehov, genomföra kostregistrering, mäta nattfastan, undersöka ät- sväljsvårigheter etc)

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Ja	8
● Nej	7
● Delvis	5



55. Skrivs remiss till logoped när patienten har ät- och sväljsvårigheter som behöver utredas?

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Alltid	10
● Oftast	2
● Sporadiskt	2
● Aldrig	6



Munhälsa

På frågan om patient får en upprättad vårdplan vid risk för dålig munhälsa svarade 75% ja och 25% nej eller delvis. Även om svaret är övervägande positivt så finns utvecklingspotential då samtliga patienter ska få en vårdplan upprättad när munhälsan är dålig. Om inte en god munhälsa uppnås finns det risk för att nutritionen blir lidande.

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. Sid 98(314)

Risk- och konsekvensanalys

Kontor Hälso- och sjukvård har gjort en risk- och konsekvensanalys inför organisationsförändring. Utifrån bemanningsläget då vi har många bemanningssjuksköterskor inhyrda på grund av brist på personal är det en utmaning i att få en kontinuitet i patientsäkerhetsarbetet. En stor utmaning som är grunden för en patientsäker vård är att ha fast personal som träffar patienterna kontinuerligt. Utifrån de nya EU- direktiven (11 tim dygnsvila) har mycket tids lagt på schemaläggningar samt arbetet med schema för en ny kväll och helgorganisation som ska leda till en mer kontinuitet och därmed en högre patientsäkerhet. Målet är att kunna anställa egen personal och därmed höja patientsäkerheten.

Utifrån ett nytt hälso- och sjukvårdskontor finns utmaningar så som att få till likvärdiga arbetssätt i alla verksamheter. Patientsäkerhet bygger på att det är en god arbetsmiljö och att det finns adekvata rutiner. Nya forum och arbetssätt behöver skapas inom kontor Hälso- och sjukvård. Därutöver behövs mötesformer för att bedriva utvecklingsarbeten. Viktiga aspekter för att uppnå en god patientsäkerhet är att eftersträva kontinuitet i våra verksamheter samt att ha medarbetare med god och rätt kompetens.

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.

VRI är den vanligaste vårdskadan globalt, i Europa och i Sverige. Den har stor negativ inverkan på folkhälsan med påverkan på mortalitet, morbiditet och livskvalitet (WHO 2011). De ekonomiska konsekvenserna av vårdskador, där VRI är den vanligaste skadetyper, är stora.

Ett av de viktigaste evidensbaserade insatsområdena för att minska förekomsten av VRI är att ett land, ett sjukhus och en vårdenhet har 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.

Sammanfattningsvis bedöms mellan en tredjedel och drygt hälften av VRI kunna förebyggas och bör därför bedömas som undvikbara. 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. En ansvarsfull antibiotikaanvändning och god vårdhygien är centrala delar i arbetet med att minska uppkomst och spridning av resistenta bakterier. Genom att strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning skapar vi underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även incitament till att försöka minska och förebygga riskfaktorer hos vårdtagarna.

Vaccinationer

Vaccination mot covid-19 och influensa har genomförts enligt Folkhälsomyndighetens rekommendation och i samverkan med Region Gävleborgs smittskyddsenhet och deras vaccinationssamordnare. Sjuksköterskornas vårdpreventiva insatser med att vaccinera på vård- och omsorgsboenden, inom LSS och patienter inskrivna i hemsjukvården har haft en stor betydelse för patientsäkerheten.

4.3.1 Riskhantering

Sid 99(314)

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 etcetera.

Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande riskhantering:

Inför omorganisationer i arbetssätt, personalplanering, schemaändringar eller annat som påverkar organisation och kvalitet utförs alltid en risk och konsekvensanalys, för att belysa olika risker och påverkan av kvalitet i organisationen och för att säkerställa patientsäkerheten.

Verksamheten arbetar även i årsredovisningar utifrån upprättad kontinuitetsplan och följer upp denna i verksamhetsberättelsen.

Verksamheten följer även inkomna klagomål, avvikelser och information från verksamheten för att i realtid kunna identifiera och agera på avvikelser som kan påverka kvalitet och patientsäkerhet negativt. Under året har ledningen vid två tillfällen utifrån detta arbetssätt ökat bemanning på jourtid för att säkerställa ovan.

Verksamheten arbetar även med så kallade åtgärdskort som är implementerade och kända i verksamheten utifrån olika beredskapslägen. Dessa åtgärdskort har aktiverats under året och då även säkerställt utifrån uppkomna väderfenomen att verksamheten har prioriterat, samverkat och förstärks utifrån, arbetsmiljö, patientsäkerhet och kvalitet med utfall att ingen patient har haft någon påverkan utifrån vidtagna åtgärder.

Ledigheter, semester planeras alltid i god tid för att säkerställa kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

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.

Handlingsplan för patientsäkerhet:

Gällande analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete för kommuner så har handlingsplanen färdigställts, ansvariga är utsedda samt prioriteringar är gjorda av den

arbetsgrupp som arbetat med detta.
Några av prioriterade arbeten är att:

Sid 100(314)

- 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". Medicinskt ansvarig för rehabilitering har förmedlat detta till ledningsfunktioner för hälso- och sjukvård tillsammans med tillhörande reflektionsmaterial.

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 påbörjat och fortsätter under våren 2024. Återrapportering kommer ske till ledningsfunktioner.

Rehabiliteringsplaner

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

Inom Valfärd Gävle så dokumenterar arbetsterapeuter och fysioterapeuter utredande och behandlande åtgärder i vårdplaner vilka innehåller problem, mål, åtgärd och uppföljning. Dialog om mål med patient kan ske muntligt. Att erbjuda patienter rehabiliteringsplaner förekommer men ej så 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 rehabiliteringsplaner. En länsgemensam rutin utarbetas. I arbetet kommer uppföljning att ske exempelvis via KVÅ-koder. Resultat för 2023 visas nedan:

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

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. Sid 107(314)

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 respektive via delegering så uppnås inte samma resultat:

63. Utförs "Egenvård med stöd av annan" vilken bedömts av arbetsterapeut/fysioterapeut gällande träning/behandling?

[Mer information](#)

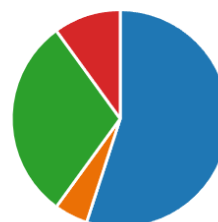
● Alltid	9
● Oftast	5
● Sporadiskt	5
● Aldrig	0
● Ej aktuellt	1



64. Vid delegerad behandling/träning till omvårdnadspersonal av fysioterapeut/arbetsterapeut utförs då uppgiften?

[Mer information](#)

● Ja	11
● Nej	1
● Delvis	6
● Annat	2



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

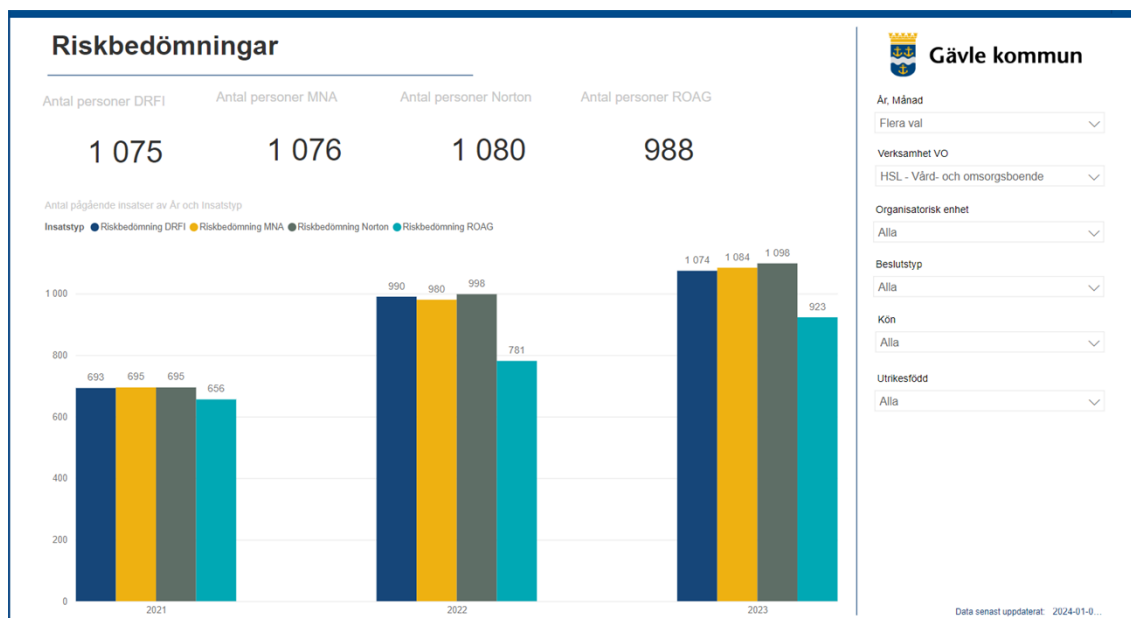
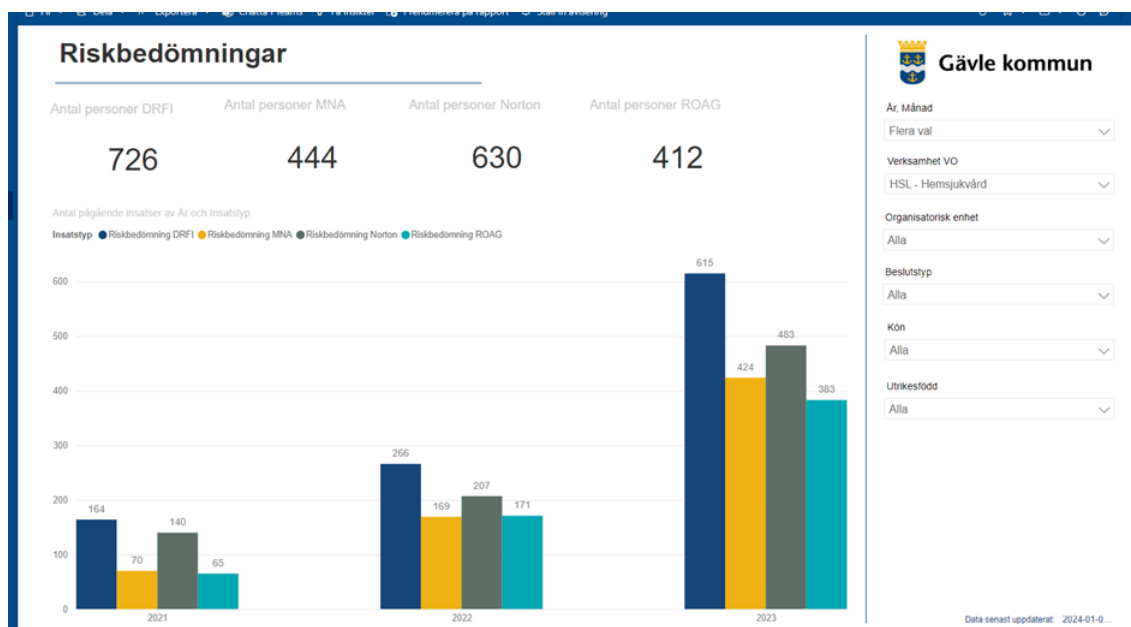
Kommunens hälso- och sjukvård ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det är en del i det vårdpreventiva arbetet och sker bland annat att genom ett strukturerat arbete med riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för fall, undernäring, trycksår och

dålig munhälsa. Risker och åtgärder dokumenteras i journal.

Sid 102(314)

Resultatet för år 2023 visar att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år framför allt inom hemsjukvård, men att det återstår förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet.

Varje patient ska erbjudas riskbedömning två gånger per år och teamarbetet är en förutsättning för personcentrerade åtgärder med gott resultat.



Journalgranskning

Under år 2023 redovisades den journalgranskning vilken genomfördes 2022 gällande egenregins verksamhetsområde vård- och omsorgsboende exklusive Socialpsykiatri. Granskningen redovisades för verksamhetschefer/enhetschefer i det nybildade Hälso- och sjukvårdskontoret för fortsatt utvecklingsarbete och följsamhet till upprättade rutiner och lagstiftning.

IT Vålfärd bistod med slumpmässigt urval av patientjournaler och dessa granskades av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering med en tredjedel vardera. Totalt granskades 76 journaler. Parametrar vilka granskades återfinns i Vålfärd Gäves granskningsmall för Hälso- och sjukvårdsdokumentation i Ledningssystemet. Sid 103(314)

Rapporten finns i bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

Skyddsåtgärder hemsjukvård 2023

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

Skyddsåtgärder vård- och omsorgsboende 2023

Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd

2022: 603

2021: 538

2020: 568

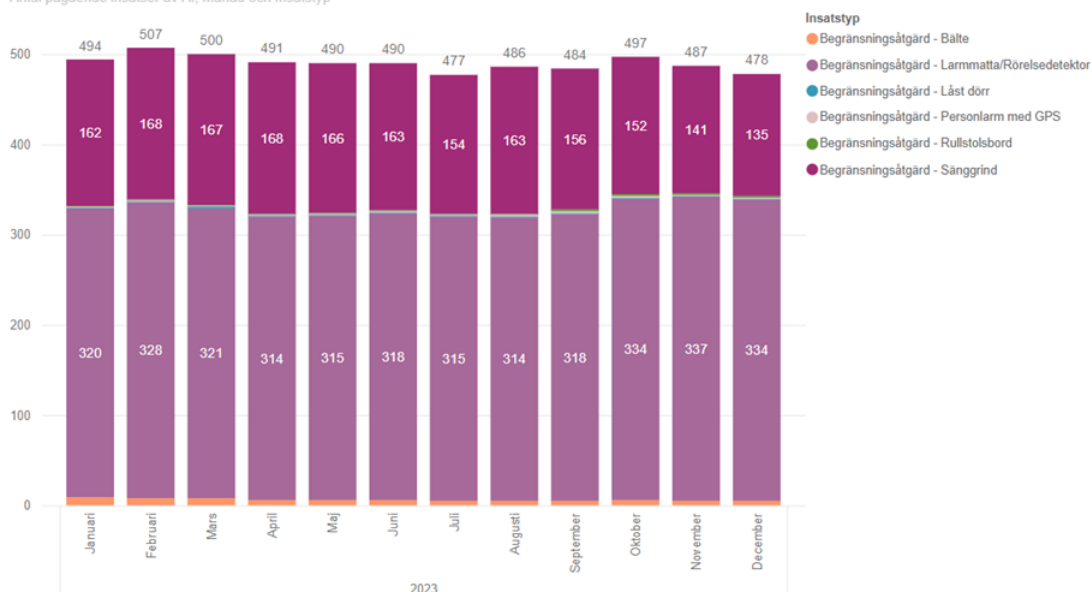
Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

Begränsningsåtgärder

Antal personer med begränsningsåtgärder

612

Antal pågående insatser av År, Månad och Insattstyp



4.4.1 Avvikelser

Sid 104(314)

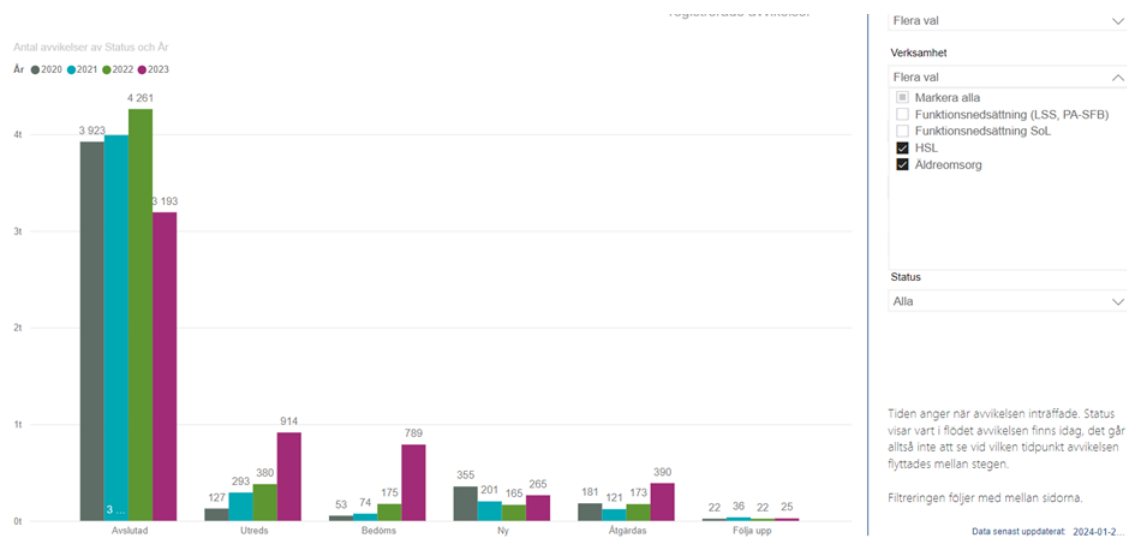
Avvikelser

Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2021 gavs utbildning i avvikelshantering till enhetschefer och verksamhetschefer. Detta var en åtgärd som utfördes på grund av bedömningar och utredningar inte har gjorts enligt rutin för avvikelshantering. Trots dessa vidtagna åtgärder så noteras att även under 2023 kvarstår bristande följsamhet till rutinen för avvikelshantering.

Det är högst troligt att det finns många fler HSL-avvikelser som fortfarande är kvar på SOL-enheter och som ännu inte blivit överförda till en HSL-enhet alternativt att det saknats mottagare av avvikelser inom en HSL-enhet. Det innebär att Hälso- och sjukvårdskontoret inte har någon kännedom om dessa avvikelser för tillfället. Avvikelsemodulen i Treserva har ej blivit uppdaterad efter organisationsförändringen vilket har medfört att många avvikelser inte har blivit hanterade då det har saknats mottagare.

Antalet ej hanterade avvikelser har ökat under 2023.

Antal som har registrerats 5576, varav 1178 har ej sannolikhets och allvarlighets bedömts. Av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare enligt lex Maria.



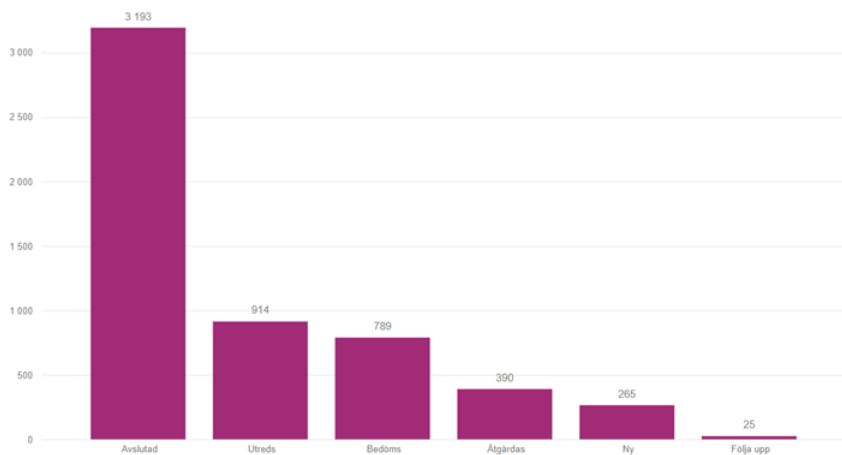
Avvikelser - aktuell status

5 576
Antal avvikelser

1 508
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av Status och År

År ● 2023



Sid 105(314)
Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

- Märkera alla
- Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- Funktionsnedsättning SoL
- HSL
- Aldreomsorg

Status

Alla

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

Filteringen följer med mellan sidorna.

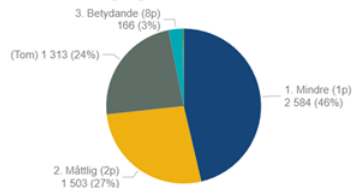
Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

Avvikelser - aktivitet

5 576
Antal avvikelser

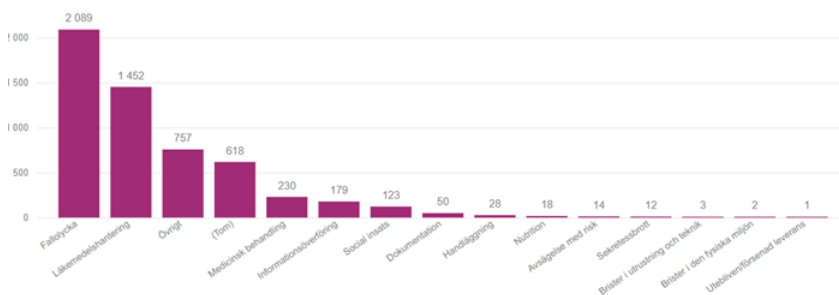
1 508
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av Aktivitetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2023



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

- Märkera alla
- Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- Funktionsnedsättning SoL
- HSL
- Aldreomsorg

Status

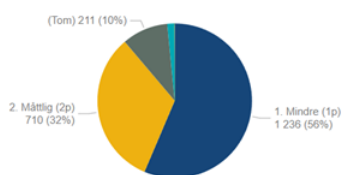
Alla

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

Avvikelser läkemedelshantering

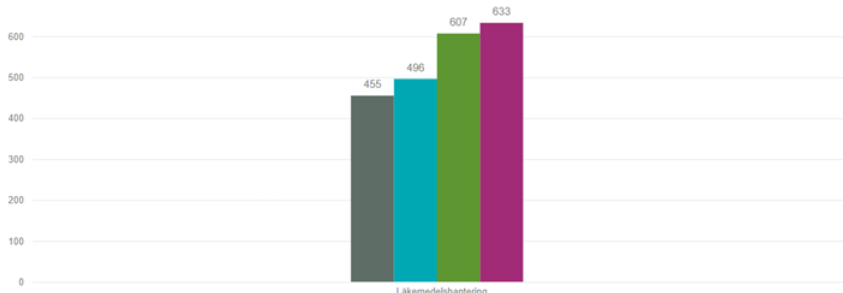
Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



2 191

Antal avvikelser

883

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Sid 106(314)
Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

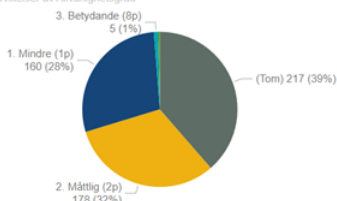
Flera val

- boendestöd och personligt stöd
- EDV
- Hemtjänst inkl natt och larm
- HSL - Avlösningsboende
- HSL - Boende LSS
- HSL - Boende Psykiatri
- HSL - Hemsjukvård
- HSL - Vård- och omsorgsboende
- Korttidshem
- PASS
- Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

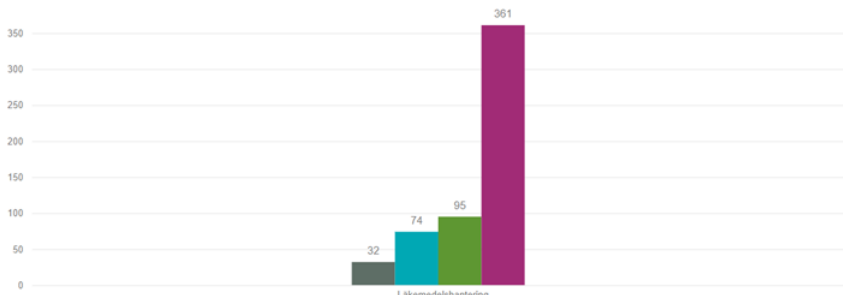
Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



562

Antal avvikelser

304

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

- boendestöd och personligt stöd
- EDV
- Hemtjänst inkl natt och larm
- HSL - Avlösningsboende
- HSL - Boende LSS
- HSL - Boende Psykiatri
- HSL - Hemsjukvård
- HSL - Vård- och omsorgsboende
- Korttidshem
- PASS
- Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

Avvikelser fall

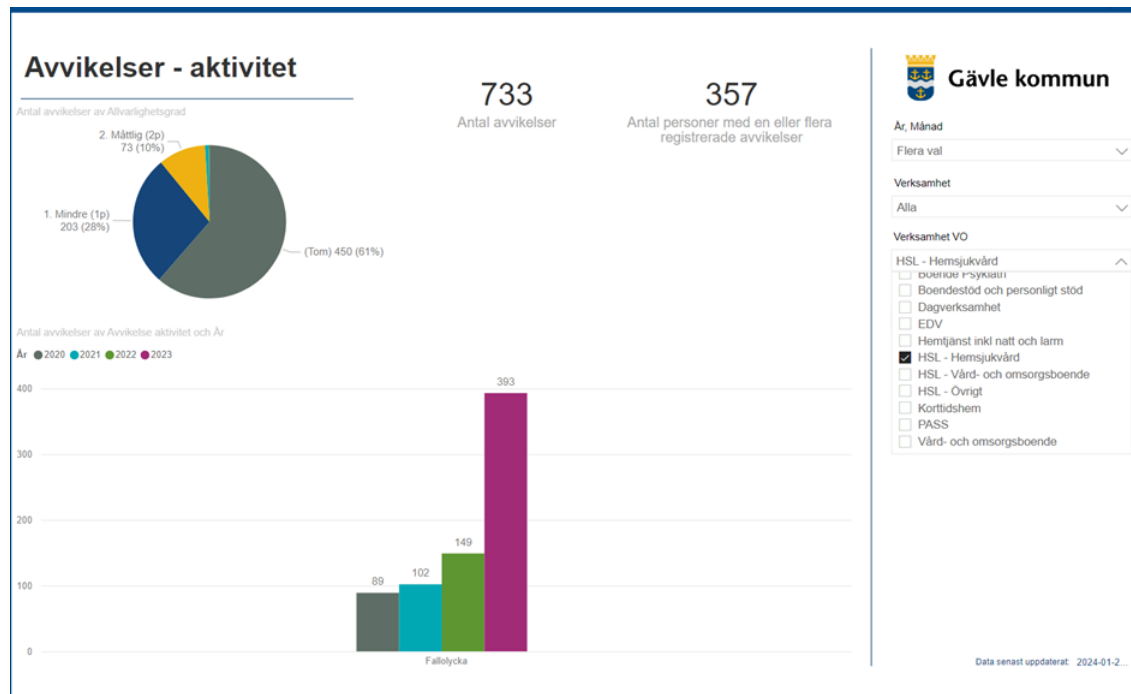
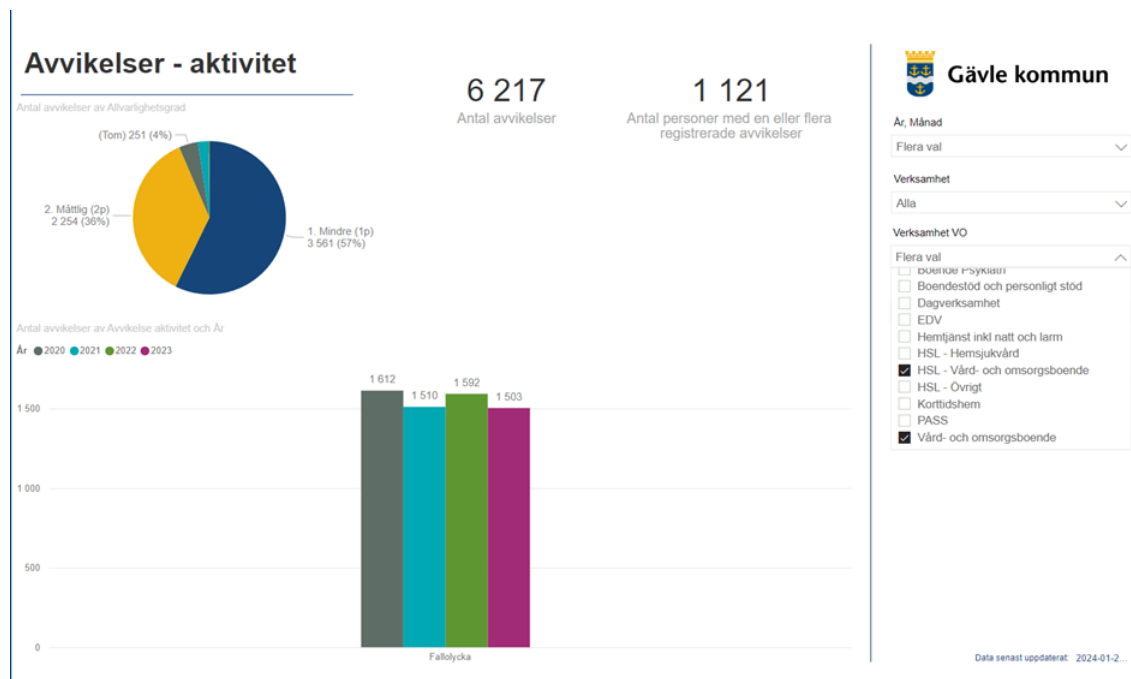
Enligt vårdhandboken kan en individanpassad, multiprofessionell och multifaktoriell fallprevention i team ge en 30–60% reduktion av antalet fall och det finns evidens för att fallprevention ger effekt i äldreomsorg och slutenvård. Den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade 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.

Sid 107(314)

Det är viktigt att alla professioner har kunskap och kompetens gällande fallprevention och Socialstyrelsen erbjuder webbutbildningen ” Ett fall för teamet”.



Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande avvikelser: Sedan januari 2023 finns en resursperson inom kontor HSL som arbetar med avvikelshantering och samarbetar med berörda enhetschefer och verksamhetschefer för att hantera avvikelserna på ett systematiskt sätt. ^{Sid 108(314)}

Avvikelse som rapporteras på en HSL enhet hanteras enligt rutin. Det finns en tydlig indikation på att avvikelser inom lagrum HSL fortfarande finns kvar på SOL – enheter och att dessa avvikelser inte har rapporterats till mottagare inom enhet HSL enligt rutin.

Enhet HSL har uppmärksammat att avvikelser har rapporterats på enheter som inte har någon angiven mottagare. Samt att listan över mottagare för avvikelserna inte har uppdaterats som den borde. Detta kan vara orsaker till att det kvarstår bristande följsamhet till rutinen för avvikelshantering.

För att förbättra hanteringen av avvikelser har fokus varit att säkerställa listan över mottagare samt att avsluta enheter i modulen som inte ska användas för rapportering av avvikelser. För närvarande pågår ett arbete med att etablera ett organiserat arbetssätt som är tydligt för alla enheter som hanterar avvikelser. Detta är en viktig del för att stärka och effektivisera avvikelshanteringen inom organisationen.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Nedan redovisning utgår från det som inkommit till diariet och kan omfatta både medicinska och sociala avvikelser. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammat.

Antal registrerade klagomål/avvikelser i diariet är 134 för Omvårdnadsnämnden 2023.

	Kontor boende	Kontor stöd i hemmet	Kontor hälso- och sjukvård
Inkomna klagomål	41	59	2
Avvikelse från Region Gävleborg	9	9	13
Utgående avvikelser	2	7	25
Klagomål via IVO	0	0	1

Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande klagomål och synpunkter:

Inkomna klagomål antal 2

Verksamheten arbetar aktivt med inkomna klagomål och synpunkter via diarier eller om patient/närstående hör av sig direkt till verksamheten.

Det är få klagomål som inkommit till verksamheten under året och de som inkommit från patient/anhörig har berört en osäkerhet kring kompetens och lokalkännedom på jourtid. I detta fall har verksamhetschef haft en direktkontakt och även besökt klagomåls inlämnaren, för diskussion och samtal.

Klagomålen föregående år har varit en stor del av och legat till grund för den nya kvälls och helg organisationen som syftar till att behandla och förebygga ett nytt arbetssätt som ska hindra likande situationer att uppstå igen.

Klagomål har även inkommit gällande kommunikationsbrist för brytpunktssamtal mellan läkare och anhöriga. Detta har genererat en åtgärdsplan för ledningsgrupp prioriterad att arbeta med säkerställande i processen för brytpunktssamtal, information och tydlighet i verksamheten.

De klagomål som inkommit från regionen är framförallt gällande utevaro i SIP, dessa har identifierats som brister i kommunikation och att kommunens hälso och sjukvård ej närvarat i inväntande av riskbedömningar från regionen innan en säker och behandlingsuppdaterad SIP kan verkställas.

Inkomna klagomål via IVO har varit från anhörig och har gällt klagomål från VÅBO innan HSL kontorets uppstart, Kontor HSL har varit behjälpliga i detta ärende. Även här gäller klagomål information om brytpunktssamtal och behandlings inskränkningar.

Klagomål och synpunkter bevakas och koordineras genom sjuksköterska med kvalitets ansvar

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 2023 har det inkommit 9 ärenden till Patientnämnden gällande verksamheter inom Omvårdnadsnämndens område. Det är mer än en dubbling av antalet ärenden från föregående år. Sex av ärendena handlar om bristande omvårdnad. De resterande tre ärendena handlar om brister i bemötande, behandling och läkemedelshantering. Tre av ärendena har besvarats skriftligt av verksamheten, fem av ärendena har endast kommit till verksamheten för kännedom utan skriftligt yttrande och ett ärende ledde till ett vårdmöte.

4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap

Sid 110(314)



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) arbetat 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 mat. Inom detta uppdrag utreds frågan kring vilken mat som skall köpas in, var och hur den skall förvaras och vilka som skulle omfattas av ett så kallat krislager. Arbetet började hösten 2023 och förväntas vara klart i maj 2024.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Sid 111(314)

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 2024.

Strategier 2024

Beslut från nämnder om indikatorer för en god och säker hälso- och sjukvård inom Valfärd Gävle.

Efterfrågan och struktur inom Valfärd Gävle för att tillse att varje verksamhet följer upp resultat utifrån indikatorer och kvalitetsregister och att utvecklingsarbete sker.

För att nå en hög patientsäkerhet är det systematiska arbetet viktigt. Detta arbete är uppbyggt på riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller. Chefernas och ledarnas kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. De har också en betydelsefull roll för att påverka beteenden kring säkerhet. 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

Beakta lagändring gällande Rehabilitering i primärvårdens grunduppdrag. Att särskilt...⁴. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar..."

Ställningstagande till användning av Senior alert. Genom att använda kvalitetsregister 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.

Ett förebyggande arbetssätt och strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktminskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

Enligt Sveriges kommuner och regioner SKR så pågår ett arbete med att ta fram en effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och Nationella kvalitetsregister.

Arbete är också aktuellt inom kommunal hälso- och sjukvård, där samtliga journalsystemsleverantörer ingår. Senior alert är först ut och genomför arbetet med automatiseringen tillsammans med kommunerna.

Planerade åtgärder och aktiviteter

Att implementera vårdförlopp inom Valfärd Gävle utifrån det länsgemensamma arbetet.

Att implementera av beslutsstöd ViSam för sjuksköterskor.

Att säkerställa hantering med inventering/register för att uppfylla lagkrav gällande spårbarhet och kalibrering/service av medicintekniska produkter såsom mätutrustning. ^{Sid 112(314)} Det behövs även ett fortsatt utvecklingsarbete för motsvarande säkerställande gällande kommunägda hjälpmedel.

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 och tillbud..." och "...risker kan finnas i patientnära verksamhet, men också i vårdens olika stödsystem och funktioner där negativa händelser kan återverka på säkerheten i vård..."

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 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 och ätstödande åtgärder ska dokumenteras och följas upp enligt Vårdhandboken. Dessa mål ämnas följas upp genom en tematisk granskning för nutrition där journalgranskning och intervjuer med patienter planeras ingå.

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

Att alla sjuksköterskor genomgår läroledd nutritionsutbildning av NAD eller motsvarande i Kompetensen. Hänvisning till verksamhetsmålet "Det ska finnas personal med adekvat nutritionskompetens på eller knuten till vårdenheten" i Vårdhandboken.

Att delegeringsprocessen kvalitetssäkras då det framkommer stora brister vid verksamhetsuppföljningar.

Att nuvarande rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård revideras.

Att alla hemtjänstutförare, samtliga vård- och omsorgsboenden samt fler kunder med personlig assistans påbörjar införandet av digitala signeringslistor.

Att planerat pilotprojekt startar upp under våren gällande användning av läkemedelsrobotar.

Utmaningar 2024

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

Systematiskt kvalitetsarbete: riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller

Bemanningssituation samt kontinuitet gällande sjuksköterskor

Uppbyggnad av kvalitetsorganisation

Ökad följsamhet till upprättade rutiner

Öka patientens delaktighet och partnerskap utifrån personcentrerad vård

Rapport för journalgranskning 2022 egenregi Valfärd Gävle

Carin Thunman Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ulrika Carlsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Johanna Storing medicinskt ansvarig för rehabilitering 2022 samt Yvonne Bergman Medicinskt ansvarig sjuksköterska behjälplig med fortsatt analys 2023



Innehåll

.....	1
Rapport för journalgranskning 2022 Välfärd Gävle.....	1
Innehåll.....	2
Inledning.....	3
Resultat	4
Område Norr och Vallon	4
Område Väster och Solgårdsgatan.....	6
Fleminggatan VÅBO.....	8
LSS/Funktionsnedsättning	11

Inledning

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Enligt HSLF-FS 2016:40 ska vårdgivaren regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. En väl fördd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården. Föreskriften beskriver vilka uppgifter en patientjournal ska innehålla och utöver vad som följer i patientdatalagen så ska entydig identifikation av berörd patient, patientens kontaktuppgifter samt namn/befattning på personal som svarar för en viss journaluppgift dokumenteras. Därutöver tidpunkten för varje vårdkontakt.

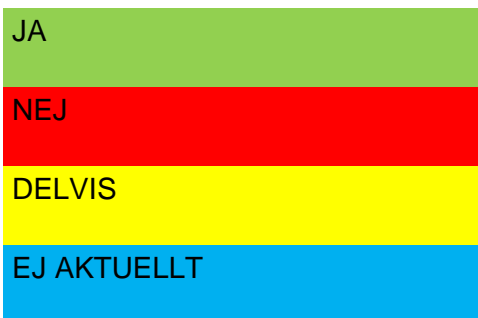
Patientdatalagen (2008:355) beskriver exempelvis syftet med att föra patientjournal, vilka personer som är skyldiga att föra patientjournal samt journalens innehåll och språk.

Syftet med journalgranskningarna är att säkerställa dokumentationen i patientjournalen för att tillförsäkra patienten en god och säker vård och bedöma följsamhet till lagstiftning och Valfärd Gävles rutin VG-RUT-S-0252-v.8.0 Rutin för medicinsk dokumentation i patientjournal och vårdplan.

Under år 2022 genomfördes en journalgranskning inom egenregins verksamhetsområde vård- och omsorgsboende exklusive Socialpsykiatri.

IT Valfärd bistod med slumpmässigt urval av patientjournaler och dessa granskades av medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt medicinskt ansvarig för rehabilitering med en tredjedel vardera. Totalt granskades 76 journaler. Parametrar vilka granskades syns i tabellerna nedan och återfinns i Valfärd Gävles granskningsmall för hälso- och sjukvårdsdokumentation (VG-BIL-S-7097-v.2.0 Granskningsmall HSL-dokumentation).

Bedömningen färgmarkerades enligt nedanstående färgmarkering. Vissa av parametrarna kan besvaras med ja eller nej, medan andra bedöms sammanvägt.



Journalgranskningen redovisas nedan per område utifrån indelningen för verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvård år 2022. Det varierar mellan områden vilka förbättringsområden som är aktuella gällande dokumentationen. Resultatet delges verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen samt respektive enhetschefer för fortsatt utvecklingsarbete och följsamhet till upprättade rutiner och lagstiftning.

Resultat

Område Norr och Vallon

Antal granskade journaler:35

Det fanns i hög grad dokumentation angående allmänna uppgifter, häsohistoria och vaccinationer inklusive batchnummer.

Det saknades dokumentation om referenspersoner som läkare och sjuksköterska i cirka hälften av de granskade journalerna och referensperson arbetsterapeut/fysioterapeut saknades i över 90 % av journalerna. Ibland saknades uppgift angående om och hur närstående önskar bli kontaktade nattetid.

Den medicinska diagnosen var verifierad i 21% av journalerna. I en tredjedel av de granskade journalerna saknades uppgift om eventuell överkänslighet. Angående skyddsåtgärder så var denna dokumentation ej alltid fullständig då det exempelvis kunde saknas dokumenterad teambedomning.

Vid granskning av vårdplaner noteras att dokumentationen har brister. Cirka 25 % av vårdplanerna blev grönmarkerade. Anledningen kunde vara att vårdplaner ej var uppföljda eller att en röd tråd saknades då det fanns dokumentation om olika saker i dem. Ibland fanns det även generella åtgärder i vårdplaner vilka inte var personcentrerade. En notering är att vårdplaner skrivna av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast i högre grad innehåller tydligt problem, mål och röd tråd.

Det saknades dokumentation gällande vem som fattat beslut kring övertag av läkemedelshantering i ett antal journaler.

Generellt för hela journalgranskningen var att det kunde noteras att dokumentation om vaccination mot Covid 19 dokumenterats under olika sökord vid olika tillfällen i journaler, både under häsohistoria, aktuellt status och under produkter och teknik.

För fullständig redovisning hänvisas till tabell nedan.

NR Fråga

1	Finns aktuella allmänna uppgifter? Inflyttningsdatum? Närståendes namn och telefonnummer.	85%	15%	0%	0%
2	Ansvarig sjuksköterska/fast vårdkontakt	50%	3%	47%	0%
3	Ansvarig SG/AT	3%	3%	94%	0%
4	Ansvarig läkare/VC?	44%	0%	56%	0%
5	Hälsohistoria?	85%	6%	9%	0%
6	Verifierad medicinsk diagnos?	21%	6%	74%	0%
7	Framgår eventuell överkänslighet i omvårdnadsjournalen?	68%	0%	32%	0%
8	Aktuell status finns?	44%	15%	41%	0%
9	Finns aktuell vårdplan med problem/riskbedömning, kopplade mål och åtgärder, uppföljning och resultat. Ordinationer- endast aktuella är öppna. Icke-aktuella är avslutade. Ordinerade insatser har följts upp.	26%	68%	6%	0%
10	Aktuell nutritionsbedömning finns?	62%	6%	32%	0%
11	Aktuell fallriskbedömning finns?	62%	6%	32%	0%
12	Aktuell trycksårsbedömning finns?	59%	6%	35%	0%
13	Aktuellt munstatus? (ROAG)	47%	3%	50%	0%
14	Dokumenteras riskbedömning och samttycke för skyddsåtgärder, samt typ av skyddsåtgärd?	29%	29%	18%	24%
15	Eventuella vaccinationer med batchnummer dokumenteras.	91%	6%	0%	3%

16	Ansvar för läkemedelshantering finns dokumenterat? (Delegerad läkemedelshantering eller egenvård)	38%	44%	18%	0%
17	Årskontroll läkemedelsgenomgångar.	68%	15%	18%	0%
18	Dokumenteras eventuell egenvård?	6%	0%	15%	79%
19	SIP?	3%	6%	91%	0%
20	Inhämtas och dokumenteras samtycke till informationsöverföring?	74%	6%	21%	0%
21	Samtycke NPÖ?	74%	6%	21%	0%
22	Samtycke kvalitetsregister?	74%	6%	21%	0%

Område Väster och Solgårdsgatan

Antal granskade journaler: 22

Det fanns i hög grad dokumentation om allmänna uppgifter, ansvarig sjuksköterska, hälsohistoria, vaccinationer inklusive batchnummer, årskontroll/läkemedelsgenomgång och samtycken.

Det saknades dokumentation gällande vem som fattat beslut kring övertag av läkemedelshantering i ett antal journaler. Den medicinska diagnosen var verifierad i endast 9% av de granskade journalerna. I en knapp fjärdedel av de granskade journalerna saknades information om eventuell överkänslighet. Angående skyddsåtgärder så var denna dokumentation ej alltid fullständig då det exempelvis kunde saknas dokumenterad teambedömning.

Vid granskning av vårdplaner noteras att dokumentationen har brister. Cirka 36% av vårdplanerna blev grönmarkerade. Anledningen kunde vara att vårdplaner ej var uppföljda eller att en röd tråd saknades då det fanns dokumentation om olika saker i dem. Ibland fanns det även generella åtgärder i vårdplaner vilka inte var personcentrerade. En notering är att vårdplaner skrivna av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast i högre grad innehåller tydligt problem, mål och röd tråd. Riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och munhälsa var ej alltid registrerade under "Enstaka åtgärd" vilket betyder att de inte syns i statistik för enheten i Power Bi.

Generellt för hela journalgranskningen så kunde noteras att dokumentation om vaccination mot Covid 19 dokumenterats under olika sökord vid olika tillfällen i journaler, både under hälsohistoria, aktuellt status och under produkter och teknik.

För fullständig redovisning hänvisas till tabell nedan.

NR Fråga

	Finns aktuella allmänna uppgifter? Inflyttningsdatum? Närståendes namn och telefonnummer.	95%	5%	0%	0%
1					
2	Ansvarig sjuksköterska/fast vårdkontakt	91%	0%	5%	0%
3	Ansvarig SG/AT	55%	9%	32%	0%
4	Ansvarig läkare/VC?	73%	0%	23%	0%
5	Hälsohistoria?	91%	0%	5%	0%
6	Verifierad medicinsk diagnos?	9%	23%	64%	0%
7	Framgår eventuell överkänslighet i omvårdnadsjournalen?	73%	0%	23%	5%
8	Aktuell status finns?	64%	5%	32%	0%
9	Finns aktuell vårdplan med problem/riskbedömning, kopplade mål och åtgärder, uppföljning och resultat. Ordinationer- endast aktuella är öppna. Icke-aktuella är avslutade. Ordinerade insatser har följts upp.	36%	64%	0%	0%
10	Aktuell nutritionsbedömning finns?	73%	9%	18%	0%
11	Aktuell fallriskbedömning finns?	68%	9%	23%	0%
12	Aktuell trycksårsbedömning finns?	73%	9%	18%	0%
13	Aktuellt munstatus? (ROAG)	73%	9%	18%	0%

14	Dokumenteras riskbedömning och samtycke för skyddsåtgärder, samt typ av skyddsåtgärd?	23%	14%	18%	45%
15	Eventuella vaccinationer med batchnummer dokumenteras.	91%	5%	0%	5%
16	Ansvar för läkemedelshantering finns dokumenterat? (Delegerad läkemedelshantering eller egenvård)	41%	59%	0%	0%
17	Årskontroll läkemedelsgenomgångar.	86%	9%	5%	0%
18	Dokumenteras eventuell egenvård?	14%	0%	5%	82%
19	SIP?	5%	0%	95%	0%
20	Inhämtas och dokumenteras samtycke till informationsöverföring?	86%	0%	14%	0%
21	Samtycke NPÖ?	86%	0%	14%	0%
22	Samtycke kvalitetsregister?	82%	0%	18%	0%

Fleminggatan VÅBO

Antal granskade journaler: 8

Det fanns i hög grad dokumentation om allmänna uppgifter, ansvarig sjuksköterska, hälsohistoria, vaccinationer inklusive batchnummer och samtycken. Det fanns även dokumenterade riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa i relativt stor utsträckning. Det fanns inflyttningsbesök dokumenterade vilka liknar SIP, dock saknades medverkande arbetsterapeut/fysioterapeut.

Det saknades dokumentation gällande vem som fattat beslut kring övertag av läkemedelshantering i ett antal journaler. Dokumenterad läkemedelsgenomgång/årskontroll saknades i 75% av de granskade journalerna. Angående skyddsåtgärder så var denna dokumentation ej alltid fullständig då det exempelvis kunde saknas dokumenterad teambedömning/ riskbedömning. Den medicinska diagnosen var verifierad i endast 13 % av de granskade journalerna. Vid granskning av vårdplaner noteras att dokumentationen har brister. Cirka 38% av vårdplanerna blev grönmarkerade. Anledningen kunde vara att vårdplaner ej var uppföljda eller att en röd tråd saknades då det fanns dokumentation om olika saker i dem. Ibland fanns det även generella åtgärder i vårdplaner vilka inte var personcentrerade. En

notering är att vårdplaner skrivna av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast i högre grad innehåller tydligt problem, mål och röd tråd. ^{Sid 121(314)}

Generellt för journalgranskningen i alla granskade verksamheter så kunde noteras att dokumentation om vaccination mot Covid 19 dokumenterats under olika sökord vid olika tillfällen i journaler, både under Hälsohistoria, aktuellt status och under produkter och teknik

För fullständig redovisning hänvisas till tabell nedan.

NR Fråga

1	Finns aktuella allmänna uppgifter? Inflyttningsdatum? Närståendes namn och telefonnummer.	88%	13%	0%	0%
2	Ansvarig sjuksköterska/fast vårdkontakt	75%	13%	13%	0%
3	Ansvarig SG/AT	38%	50%	13%	0%
4	Ansvarig läkare/VC?	75%	0%	25%	0%
5	Hälsohistoria?	88%	13%	0%	0%
6	Verifierad medicinsk diagnos?	13%	13%	75%	0%
7	Framgår eventuell överkänslighet i omvårdnadsjournalen?	75%	0%	25%	0%
8	Aktuell status finns?	50%	25%	25%	0%
9	Finns aktuell vårdplan med problem/riskbedömning, kopplade mål och åtgärder, uppföljning och resultat. Ordinationer- endast aktuella är öppna. Icke-aktuella är avslutade. Ordinerade insatser har följts upp.	38%	63%	0%	0%
10	Aktuell nutritionsbedömning finns?	75%	25%	0%	0%
11	Aktuell fallriskbedömning finns?	88%	13%	0%	0%
12	Aktuell trycksårsbedömning finns?	75%	25%	0%	0%

13	Aktuellt munstatus? (ROAG)	88%	13%	0%	0%
14	Dokumenteras riskbedömning och samtycke för skyddsåtgärder, samt typ av skyddsåtgärd?	13%	50%	38%	0%
15	Eventuella vaccinationer med batchnummer dokumenteras.	100%	0%	0%	0%
16	Ansvar för läkemedelshantering finns dokumenterat? (Delegerad läkemedelshantering eller egenvård)	13%	75%	13%	0%
17	Årskontroll läkemedelsgenomgångar.	13%	13%	75%	0%
18	Dokumenteras eventuell egenvård?	0%	0%	0%	100%
19	SIP?	0%	13%	88%	0%
20	Inhämtas och dokumenteras samtycke till informationsöverföring?	88%	13%	0%	0%
21	Samtycke NPÖ?	63%	13%	25%	0%
22	Samtycke kvalitetsregister?	88%	13%	0%	0%

Sid 122(314)

LSS/Funktionsnedsättning

Antal granskade journaler:11

Det fanns i hög grad dokumentation om allmänna uppgifter, häsohistoria samt relativt högt gällande samtycken.

Referenspersoner saknades i relativt hög utsträckning. Verifierad medicinsk diagnos fanns i 36 % av de granskade journalerna. Vid granskning av vårdplaner noteras att dokumentationen har brister. Cirka 27% av vårdplanerna blev grönmarkerade. Anledningen kunde vara att vårdplaner ej var uppföljda eller att en röd tråd saknades då det fanns dokumentation om olika saker i dem. Dokumenterade riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa saknades i stor utsträckning utifrån gällande rutin.

Generellt för journalgranskningen i alla granskade verksamheter så kunde noteras att dokumentation om vaccination mot Covid 19 dokumenterats under olika sökord vid olika tillfällen i journaler, både under häsohistoria, aktuellt status och under produkter och teknik.

För fullständig redovisning hänvisas till tabell nedan.

NR Fråga

1	Finns aktuella allmänna uppgifter? Inflyttningsdatum? Närståendes namn och telefonnummer.	91%	9%	0%	0%
2	Ansvarig sjuksköterska/fast vårdkontakt	55%	0%	45%	0%
3	Ansvarig SG/AT	18%	0%	82%	0%
4	Ansvarig läkare/VC?	36%	0%	64%	0%
5	Häsohistoria?	100%	0%	0%	0%
6	Verifierad medicinsk diagnos?	36%	27%	36%	0%
7	Framgår eventuell överkänslighet i omvårdnadsjournalen?	55%	0%	9%	36%
8	Aktuell status finns?	73%	9%	18%	0%

9	Finns aktuell vårdplan med problem/riskbedömning, kopplade mål och åtgärder, uppföljning och resultat. Ordinationer- endast aktuella är öppna. Icke-aktuella är avslutade. Ordinerade insatser har följts upp.	27%	64%	9%	0%
10	Aktuell nutritionsbedömning finns?	18%	0%	45%	36%
11	Aktuell fallriskbedömning finns?	18%	0%	45%	36%
12	Aktuell trycksårsbedömning finns?	9%	0%	55%	36%
13	Aktuellt munstatus? (ROAG)	18%	0%	45%	36%
14	Dokumenteras riskbedömning och samtycke för skyddsåtgärder, samt typ av skyddsåtgärd?	9%	0%	0%	91%
15	Eventuella vaccinationer med batchnummer dokumenteras.	36%	0%	0%	64%
16	Ansvar för läkemedelshantering finns dokumenterat? (Delegerad läkemedelshantering eller egenvård)	55%	9%	0%	36%
17	Årskontroll läkemedelsgenomgångar.	27%	9%	18%	45%
18	Dokumenteras eventuell egenvård?	45%	9%	9%	36%
19	SIP?	0%	0%	91%	9%
20	Inhämtas och dokumenteras samtycke till informationsöverföring?	73%	0%	18%	9%
21	Samtycke NPÖ?	73%	0%	18%	9%
22	Samtycke kvalitetsregister?	73%	0%	18%	9%

Beslutsärende: Uppföljning av
Omvårdnadsnämndens plan
för Intern styrning och kontroll
år 2023

11

23ON520



Tjänsteskrivelse

2024-02-14

Diarienummer: 23ON520

Handläggare:

Martin Wagner
Tfn 026 - 17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Uppföljning av Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2023

Förslag till beslut

Att godkänna rapporten avseende genomförda kontroller enligt Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2023, samt

Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Ärendebeskrivning

Sektor Vårld har sammanställt en rapport avseende uppföljning av Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2023. Rapporten grundar sig på Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll för 2023 och sker utifrån de risker som där identifierats och definierats.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Vårld








Uppföljning av Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2023

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning








1.1 Risk- eller Målområde: Finansiell rapportering	3
1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk	4









1.1 Risk- eller Målområde: Finansiell rapportering

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
<p> Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen</p>	12	<p> Utvärdering av hur arbetet med att minska resursanvändandet har gett resultat.</p>	<p> Större avvikelse</p>
		<p>Kommentar Resultat har uteblivit. Avvikelse. Arbetet med schemaläggning och följsamhet till framtagna rutiner (bemanningshandbok) måste intensifieras 2024.</p>	
		<p> Motverka välfärdsbrottslighet</p>	<p> Ingen avvikelse</p>
		<p>Kommentar Utvecklingsarbeten har pågått under 2024 inom olika delar. Kontrollmiljön har utvecklats. Området är omfattande och insatser behöver fortsätta 2024.</p>	
		<p> Kontrollera att inköp sker enligt avtal</p>	<p> Större avvikelse</p>
		<p>Kommentar Uppföljning på nämnd är inte möjlig utan endast på sektor Valfärd, vilket är en brist.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Många inköp/poster är i upphandlingssystem markerade som inköpta utanför avtal, men där avtal finns. Åtskilliga avvikelser avser inköp där avtal inte finns (det går alltså inte att handla inom avtal på den efterfrågade produkten/tjänsten, som tex juristtjänster och resebyråttjänster vilket är de vanligaste avvikelserna). •Dock så finns det många mindre köp på mellan 10 000 - ca 100 000 kr som mycket väl skulle kunna ha gått på avtal men som av någon anledning inte gjorts. Dessa kommer att följas upp. •många av dessa köp gjorda då det inte funnits ett giltigt avtal, men ett köp som inte kunnat undvikas. • Det finns också många andra inköp utanför avtal som gjorts då tex ett avtal man tidigare handlat på gått ut och man kollar inte detta innan inköpet, man försöker göra rätt men finner det för svårt att handla tex via e-handelssystemet eller via de rutiner som finns på ankalet, eller så struntar man i det helt och gör sitt inköp där det blir enklast. <p>Åtgärder 2024</p>	

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
		<ul style="list-style-type: none"> •Det pågår just nu en implementering av ett nytt e-handelssystem som jag bedömer kommer underlätta och göra det mycket enklare att handla via. •Samtidigt så gör vi ett arbete med Ankaret där vi förtydligar och förenklar allt från vardagsinköp till större upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt! (och öka leverantörstroheten) •Upphandlingsenheten inom Gävle Kommun har haft stora problem med underbemanning. Denna rekryterar nu för att komma igång med flera välbehövliga upphandlingar inom en snar framtid. Detta är en förutsättning för att kunna handla inom avtal 	

1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
 Personalbrist	16	 Kontroll av att igångsatta arbeten med fokus på förstärkt kompetensförsörjning sker enligt plan	 Ingen avvikelse
		Kommentar Projektet AKR (Använd kompetensen rätt) avslutat sista december med färdigställda leveranser. Implementering påbörjades 1 jan 2024. Inom stegvis utbildning till arbete med fokus på utbilda servicebiträden pågår arbete.	
		 Uppföljning av satsningar gällande kompetensförsörjning inom nämndens ansvar	 Ingen avvikelse
		Kommentar Se svar ovan	
		 Kontroll så att vikarieansaffning fungerar och att rekryterad personal	 Ingen avvikelse

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
		har för tjänsten och för uppdraget adekvat kompetens	
		Kommentar Följs upp kontinuerligt. Uppföljning tillsammans med bemanningsenhet har skett efter sommaren. Personalplaneringsmöten sker tillsammans varannan vecka (verksamhetschefer, bemanningsenhet och HR). Även enhetschefer träffar bemanningsenhet i bemanningsfrågor Generellt fungerar rekrytering så behov täcks men undantag finns.	
 Risk att tillräcklig beredskap inte finns för att hantera extrema händelser	15	 Utvärdera genomförande handlingsplaner för extraordinära händelser	 Mindre avvikelse
		Kommentar Arbete återstår med att sprida kunskap samt delvis att implementera planer	
 Risk att nämnden verksamheter inte kan utföra insatser eller andra arbetsuppgifter med fullgod kvalitet.	16	 Säkerställa att efterlevnad av krav, struktur sker genom nödvändiga utveckling inom patientsäkerhetsområdet	 Mindre avvikelse
		Kommentar Ny struktur för patientsäkerhetsarbetet enligt den nationell handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården - Agera för säker vård.	
		 Uppföljning av planering kring kund uteblir, risk att kundernas förändrade behov ej tillgodoses - Kontrollera att genomförandeplaner finns och att genomförandeplaner följs upp	 Mindre avvikelse

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
		<p>Kommentar</p> <p>Hemtjänst</p> <p>67% genomförandeplaner i hemtjänsten (klarmarkerade i systemet). Det finns ytterligare genomförandeplaner som är upprättade med kund men ännu inte hunnits skrivas in i verksamhetssystemet Treserva. Det kan innebära vissa dröjsmål ibland innan de skrivs in och klarmarkeras i systemet. Observera att kunder inom hemtjänsten vill ibland inte ha (ser inte behovet) genomförandeplaner, vilket bidrar till lägre utfall än annars.</p> <p>Boende</p> <p>Genomgång av rutiner görs på APT enligt verksamhetsområdenas respektive årshjul. Det råder oklarhet om huruvida alla enheter vet hur ledningssystemet hjälper oss att hålla koll på nya rutiner. De verksamheterna äger själva skickas ut för kännedom och genomgång när publicering görs.</p> <p>Verksamheterna arbetar med egenkontroller. Genomsnittet kunder som har aktuell genomförandeplan är bättre jämfört med samma period föregående år – 75% jämfört med 70% 2022. Variationer finns inom verksamhetsområdena.</p>	
		<p>◆ Kontrollera personkontinuitet inom hemtjänsten</p>	<p>◆ Mindre avvikelse</p>
		<p>Kommentar</p> <p>Följs upp helår. Kvalitetssäkrad uppföljning under 14-dagarsperiod krävs.</p> <p>Rapportering till nämnd har skett i november 2023 i särskild rapportering. Personkontinuiteten har försämrats något från 14 personal (2022) till 15 personal (2023), vilket även är lägre än rikssnittet.</p>	
		<p>■ Kontrollera att rutiner i ledningssystemet är uppdaterade och är kända i verksamheten</p>	<p>■ Större avvikelse</p>
		<p>Kommentar</p> <p>Resultat:</p> <p>Verksamheten noterar brister avseende följsamhet upprättade rutiner. Kvalitets- och ledningssystemet anses vara svårnavigerat. Det saknas signalsystem för uppdaterade rutiner vilket har utgjort risk i form av felaktiga beslut.</p>	

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
		<p>Felaktiga beslut har lett till försenade vårdinsatser såsom smärtlindring och avsteg mot ordination.</p> <p>De brister med tillhörande risker som verksamheten har noterat under året, kan inte enbart härröras till avsaknad av signalsystem/uppdaterade rutiner. Brister visar behov av regelbunden genomgång rutiner men även krav på följsamhet till upprättade rutiner.</p> <p>Verksamhetschef har tillsammans med MAS inlett ett arbete för genomgång av rutiner som har direkt bäring mot Hälso- och sjukvårdskontoret. Detta för att kvalitetsarbete skall fungera som avsett.</p>	
		<p>■ Kontrollera att hantering av avvikelser kopplat till HSL/patientsäkerhet sker skyndsamt</p>	<p>■ Större avvikelse</p>
		<p>Kommentar</p> <p>Förändrad avvikelshantering införd där särskilt utsedd kvalitetsansvarig sjuksköterska påbörjar utredning avvikelser i nära samarbete med enhetschefer. Analys / analyser sammanställs och återkoppling sker i ledningsgrupp för möjlighet att fatta beslut.</p> <p>64 % inkomna avvikelser poängbedöms inom en vecka.</p> <p>Totalt har 2833 avvikelser registrerats under kontrollperiod helår 2023. Av dessa är 1835 poängbedömda inom en vecka. Delår 2 hanterade kontoret 625 inkomna avvikelser. Sedan delår 2 har antal inkomna avvikelser ökat med 253%. Inkomna avvikelser är inte alltid avvikelser i ordet rätta mening, men kräver ändå utredning av kvalitetssköterska. Detta för att kunna identifiera allvarlighetsgrad i inrapporterade avvikelser.</p> <p>Avvikelser kan ligga kvar på SOL enhet och inte bli överflyttad. Aktuell avvikelse blir då inte bedömd inom 7 dagar.</p> <p>Treservas sökfunktion statistik avvikelshantering visar urval: åtgärd fallprevention, men Treservas avvikelsemodul/åtgärd saknar fallprevention som valbar åtgärd. Detta försvårar märkbart arbetet i att genom data finna ett lärande och möjlighet till analys.</p> <p>Det finns uppgift om rapporterade avvikelser, dvs antal. Det finns även uppgifter vilka beskriver hur skyndsamt dessa hanteras.</p> <p>Dock saknas uppgift / uppgifter om hur många av dessa avvikelser där utredning leder till förändrat beteende, ändrade rutiner i verksamheten. Det saknas underlag för hur många av dessa avvikelser som leder till förändring oavsett om det syftar till förändring på enhets-, verksamhets- eller organisatorisk nivå.</p> <p>Notera att en kraftig försämring har skett sedan den delrapportering som nämnden fick i november 2023.</p>	

Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Resultat
		<p>● Uppföljning av planering kring kund uteblir, risk att kundernas förändrade behov ej tillgodoses</p>	<p>● Ingen avvikelse</p>
		<p>Kommentar</p> <p>Kontroll: Uppföljning SIP</p> <p>Primärvården initierar / kallar till SIP vid inskrivning till hemsjukvård. Även enheter inom Sluten vård kan kalla till SIP vid utskrivning. Detta arbetssätt utgår från fast vårdkontakt. Vid dessa SIP:ar deltar framförallt vårdplaneringsköterskor, men även biståndshandläggare från Gävle kommun.</p> <p>Urval för kommunal hälso- och sjukvård / Gävle kommun i Socialstyrelsens databas</p> <p>Kontakt med IT Välfärd</p> <p>Resultat:</p> <p>Vid urval för kommunal hälso- och sjukvård / Gävle kommun i Socialstyrelsens statistikdatabas återfinns inga registreringar för upprättande av SIP ej heller uppföljning av SIP. De KVÅ:er (Klassifikation av vårdåtgärder) som behövs för uttag av uppgifter finns inte tillgängliga i Treserva, och är därmed ej valbara att använda i vårdplaner i dagsläget.</p> <p>Generellt bedöms det dock vara en låg risk för att kund inom vård- och omsorgsboende vars behov ändras ej uppmärksammas eller ej planeras, då dokumentation i regel sker av legitimerad personal i kunds hälso- och sjukvårdsjournal som antingen direkt tar kontakt med ansvarig läkare eller avvaktar till ordinarie tid för rondning. Ändrade behov dokumenteras mycket sällan i SIP utan förs in i patientens journal och dennes vårdplan.</p> <p>Den risk som finns i samband med planering av hälso- och sjukvårdsinsatser är att risken uppstår när planering av hemgång från sjukhus tex genomförs enbart på SOL-beslut och hälso- och sjukvård glöms bort. Detta är en stor risk och under året har kontoret hanterat ett par sådana händelser. Det finns även en risk att då SIP upprättas av flera aktörer att någon ej utför sin del av planering kring patient. Detta uppmärksammas dock snabbt och kontakt tas med aktuell aktör.</p>	

**Beslutsärende: Remiss -
Handbok för hälsoval**

12

24ON13



Tjänsteskrivelse

2024-02-07

Handläggare:

Elin Fridell
026-17 80 00
elin.fridell@gavle.se

Diarienummer: 24ON13

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Yttrande över remiss – Förslag till ny hälsovalshandbok 2025

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget, samt
Att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Gävle kommun har blivit ombedd att lämna synpunkter på Region Gävleborgs förslag till ny Hälsovalshandbok 2025. Kommunstyrelsen har överlämnat remissen till Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden samt Omvårdnadsnämnden för direktbesvarande till Region Gävleborg.

Region Gävleborg har tagit fram ett förslag till ny Hälsovalshandbok 2025. Hälsovalshandboken är det regelverk som hälsocentraler arbetar under och den revideras årligen, inför årets revidering har ett större arbete utförts vilket resulterat i förändringar i syfte att förbättra möjligheten att bedriva nära vård i hela länet.

De stora förändringarna är främst:

- Förtydliganden när det gäller kontinuitet och samordning
- Utveckling av konceptet filial

Utredning/yttrande

Välfärd Gävle ställer sig positiv till Region Gävleborgs förslag till ny handbok 2025 vars förändringar i stora drag stärker patientens trygghet och säkerhet och som även formuleras i flera delar av den nya handboken.

Välfärd Gävle föreslår dock Region Gävleborg att ytterligare beskriva hur samverkan skall gå till. I aktuellt förslag framgår att samverkan mellan samverkansparter styrs av samverkansavtal, vilket är bra. Välfärd Gävle ser dock att det går att förtydliga ytterligare *hur* samverkan skall gå till. Exempelvis genom att betona vikten av att samtliga samverkansparter bör ha god kännedom om både fast läkarkontakt såväl som fast vårdkontakt. Vidare även kring patientkontakt samt hur hela vårdkedjan hänger ihop för att stärka patientens trygghet och säkerhet. I handboken framkommer att vissa hälsocentraler har ett uppdrag att genom särskild ersättning och kompetens tillgängliggöra primärvård för personer med funktionsvariationer. Nämnden är positiv till detta och bedömer att det vore av vikt att beakta denna lösning även avseende insatser för seniorer med behov av kontinuitet och erfarenhet i medicinska insatser.

Välfärd Gävle har även bitt Gävle kommuns pensionärsråd samt funktionsrättsråd att inkomma med synpunkter på förslaget varav följande synpunkt har inkommit:

"2.5.3. Samordning: Utföraren skall säkerställa en hög tillgänglighet med tydlig kommunicerad kontaktväg för individer som har svårigheter att använda sig av ordinarie kontaktvägar till hälsocentralen"

Denna punkt skulle kunna formuleras tydligare då innebörden upplevs som otydlig. Vad innebär *en tydlig kommunicerad kontaktväg* samt *ordinarie kontaktväg* i sammanhanget samt vilka individer med svårigheter åsyftas?

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Välfärd

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig över remiss Handbok för hälsoval.

Remissen hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 22 februari 2024. Utredare Elin Fridell, har varit ansvarig handläggare i ärendet,

Hälsovalskontoret

Remiss Handbok 2025

Följande områden har Hälsovalskontoret ett uppdrag av politikerna att utreda och föreslå ändringar i Handbok 2025

- Se över nuvarande krav i Handboken gällande individens behov av kontinuitet och samordning
- Se över nuvarande förtydliga utförarnas möjlighet att samverka gällande basuppdraget
- Se över nuvarande förutsättningar för filial och utveckla konceptet filial för att verka för jämlik vård i länet och trygga tillgänglighet, kontinuitet för befolkningen i landsbygd och glesbygd

Nedan följer förklaringar och förslag på förändringar i Handbok 2025. Det som står med kursiv text är ny text och kompletterad text.

Kontinuitet och samordning

Kontinuitet och samordning är en ny rubrik där text är samlad som gäller individens behov av samordning, kontinuitet, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, SIP, Patientkontrakt samt vårdsamordnare. Den nya punkten och texten är tänkt att skrivas i Handboken under Kapitel 2. Uppdrag.

Förklaring:

I Handbok 2024 Hälsoval Region Gävleborg finns krav på att utföraren ska erbjuda patienten en fast vårdkontakt om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att se till hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning eller säkerhet.

Utföraren ska organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättning.

I verksamhetsdialogerna med utförarna som hälsovalskontoret genomförde under hösten 2022 samt våren 2023 uppmärksammades bristen på ett systematiskt arbete för att identifiera patienter med komplexa behov som är i behov av vårdsamordning. Sedan 2010 har det funnits en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla fast vårdkontakt. Fortfarande är det ett fåtal patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård som erbjuds en fast vårdkontakt.

Ett tydligare krav behöver ställas på utföraren när det gäller samordning, kontinuitet och för att komma vidare i tillämpningen av funktionen fast vårdkontakt i enlighet med lagens intentioner. Att utse vårdsamordnare kan möjliggöra att patientens behov av det tillgodoses.

Lagtexter:

Fast vårdkontakt

Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes år 2010 i Hälso och sjukvårdslagen (2017:30)

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#) men finns numera i första hand i Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) [Hälso- och sjukvårdsförordning \(2017:80\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#) och i 6 kap. 2§ i Patientlagen (2014:821) [Patientlag \(2014:821\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

Fast läkarkontakt

Patienten ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#) och Lag (2022:272) [SFS 2022:272 Lag om ändring i patientlagen \(2014:821\) \(lagboken.se\)](#)

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

[Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

Text i Handbok 2025

2.5 Kontinuitet och samordning

Utföraren ska samarbeta gränsöverskridande och koordinera vården med både den kommunala hälso- och sjukvården och sjukhusvården. Utföraren har en ledande roll som samordnare av patientens behov.

Utföraren ska tillsammans med patienten och närstående samverka för att tillgodose patientens hälso- och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov i en sammanhållen vårdkedja på bästa sätt. Vården ska utgå från den enskilda patientens behov och erfarenheter.

Utföraren ska utse fast vårdkontakt och fast läkarkontakt när behov finns. Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett helt vårdteam med flera olika professioner. Utföraren ska också samverka med myndigheter och organisationer i patientens vård, så att vården uppfattas som en helhet, även om patientens behov inte kan tillgodoses enbart av utföraren.

2.5.1 Fast läkarkontakt

Utföraren ska erbjuda patienten en fast läkarkontakt, som ska vara patientens förstahandsval vid planerade läkarbesök för åkommor som inte kräver sjukhusets resurser eller insatser av annan specialist. *Fast läkarkontakt innebär att patienten ska ha kännedom om vem som är dennes läkare och vet hur denne vid behov kan komma i kontakt med sin läkare. Utföraren ska säkerställa att personer boende på särskilt boende, patienter inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende, äldre personer, patienter med komplexa behov, kroniskt sjuka patienter med behov av långsiktig uppföljning erbjuds en fast läkarkontakt.*

De läkare som har möjlighet att vara fast läkarkontakt är:

- Specialist i allmänmedicin
- Specialist i geriatrik
- Specialist i barn och ungdomsmedicin
- ST läkare under utbildning till specialist i allmänmedicin
- Färdig specialist i väntan på bevis om specialistkompetens inom allmänmedicin
- Läkare med annan specialitet efter beslut av medicinsk rådgivare vid Hälsovalskontoret.

En realistisk planering är förutsättning för kontinuitet varför utföraren ska teckna avtalskontrakt med läkaren om minst 12 månader framåt i tiden om denne inte är anställd hos utföraren.

2.5.2 Fast vårdkontakt

Utföraren ska erbjuda en fast vårdkontakt om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning, koordinering och säkerhet. *Fast vårdkontakt ska stärka patientens ställning och se till att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna och koordinera alla vårdens insatser.*

[Fast vårdkontakt och behandlande roller - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](#)

2.5.3 Samordning

Samtliga utförare ska ha minst en namngiven vårdsamordnare. Detta för att underlätta för patienter med komplexa behov och deras närstående. Samordningen runt våra mest sjuka är ett högt prioriterat område och vårdsamordnaren ska vara en nyckelperson för att förbättra samordningen och medverka till att fast vårdkontakt utses när behov finns.

Utföraren ska utveckla arbetssätt och rutiner för att tidigt upptäcka patienter med samordningsbehov.

Utföraren ska säkerställa en hög tillgänglighet med tydlig kommunicerad kontaktväg för individer som har svårigheter att använda sig av ordinarie kontaktvägar till hälsocentralen.

2.5.2 Samordnad individuell plan (SIP)

Region Gävleborg, utförare med avtal och kommuner ska tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när det behövs samordning av insatserna. Detta för att individen ska få sina behov tillgodosedda utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Samordnad individuell plan gäller både vuxna och barn. Planen ska upprättas om personen eller någon av utförarna bedömer att den behövs för att patienten ska få sina behov tillgodosedda.

Samtycke från personen krävs för att planen ska upprättas.

En samordnad individuell plan ska upprättas i samband med utskrivning från slutenvård. Detta styrs av vilka insatser individen behöver efter utskrivning.

Det digitala stödsystem som Region Gävleborg beslutar om, ska användas vid samordnad planering vid utskrivning inklusive samordnad individuell plan.

Vid upprättande av SIP ska både den länsgemensamma rutinen för SIP och överenskommelsen om samverkan följas.

Mer information: [Kommun- och regionsamverkan - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se)

2.5.5 Patientkontrakt

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patienten och vården som säkerställer delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan med utgångspunkt i patientens perspektiv. Patientkontrakt är ett sätt att ta det personcentrerade förhållningssättet till praktisk handling.

[Patientkontrakt - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se)

Samverkan

Samverkan mellan utförare är en ny rubrik och text som beskriver utförarnas möjligheter att samarbeta om basuppdraget Hälsoval. Den nya punkten och texten är tänkt att skrivas i Handboken under Kapitel 2. Uppdrag.

Förklaring: Ny skrivning för att tydliggöra utförarnas möjlighet att samverka inom basuppdraget.

2.6.1 Samverkan mellan utförare

Utförare har att erbjuda samtliga tjänster enligt basuppdraget i Hälsoval gentemot sina listade patienter. Utförare kan samarbeta om basuppdraget Hälsoval för att tillgodose kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet för sina listade patienter.

Filial

Filial finns reglerat i Handbok 2024 under rubriken 7.12 Filial. Ny text med förslag på tre olika nivåer på filialverksamhet är tänkt att skrivas under Kapitel 7 Allmänna villkor/Övrigt

Förklaring:

Det är viktigt att, så långt det är möjligt, verka för en jämlik vård i länet och trygga tillgänglighet och kontinuitet för befolkningen i landsbygd och glesbygd. Det innebär en del utmaningar när det kommer till hälsocentraler i landsbygd och glesbygd med bland annat befolkningsutveckling, bemanning, rekrytering, kompetens för att klara av basuppdraget i Hälsoval.

Region Gävleborg har 42 hälsocentraler och 5 filialer. I Handbok 2024 finns ingen tydlig beskrivning av uppdraget för filial och ersättning. För att säkerställa en fortsatt drift av nuvarande filialer och skapa förutsättningar för framtida etableringar av filialer så behöver uppdraget kravställas och ersättas.

Förslaget är att filialuppdraget delas upp i tre nivåer

- Distriktssköterske- sjuksköterskefilial
- Läkarfilial
- Utökad filial

I de tre nivåerna blir det tydligare krav på tillgänglighet, öppettider och bemanning.

I förslaget med tre nivåer av filialer ges möjlighet och förutsättningar för utförare att verka i områden där avstånd för resor är stora och kommunikationerna är glesa. Det kan också bidra till utvecklingen mot en mer god och när vård och att säkra tillgången till vård i landsbygd och glesbygd.

7.12 Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan utföraren *ansöka om att bedriva en filial. Att starta en filialmottagning är framförallt aktuellt i områden där avstånd för resor är stora och kommunikationerna är glesa. I Region Gävleborg finns tre typer av filialer, distriktssköterske-sjuksköterskemottagning, läkarfilial och utökad filial.*

Utföraren har inte rätt att öppna en filialverksamhet i annat närområde än det tilldelade.

7.12.1 Grundförutsättningar filial

Grundförutsättningar och krav för att starta filialverksamhet är

- *En filial ska medföra förbättrade förutsättningar för patienter i närområdet*
- *Med filial avses verksamhet som bedrivs av en huvudenhet (hälsocentral) men i en annan lokal och adress*
- *En filial ska alltid vara knuten till en huvudenhet med avtal i Hälsoval Region Gävleborg och ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudenheten, en filial kan inte drivas av en underleverantör*
- *Verksamhetschefen på huvudenheten ska vara verksamhetschef för filialen*
- *Det ska vara tydligt för invånarna att det är en filial och vilken huvudenhet denna tillhör. Öppettider ska tydligt framgå i skyltning, 1177 och på huvudenhetens hemsida om sådan finns. Information om vad filialen erbjuder patienterna ska tillhandahållas. Filialer är inte valbara och tas därför inte med i Region Gävleborgs förteckning över valbara utförare.*
- *Filialen är en underenhet till huvudenheten och ska så vara även i regionens journalsystem*
- *Listning av patient sker till huvudenhet som har ansvaret för hela grunduppdraget*
- *Vård vid en filial ska rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudenheten*
- *Samtliga övriga avtalskrav och avtalsvillkor gäller för de delar av vården som avses drivas på filialen, även krav på lokalernas tillgänglighet*

- *I de fall filialverksamheten inte innehåller all vård som drivs på huvudenhet, eller inte har öppet i samma omfattning ska utföraren se till att huvudenhet under sin öppettid kan ta emot patienter i behov av den vård som saknas på filialen och under de tider mottagningen har stängt.*

7.12.2 Specifika förutsättningar och krav distriktssköterske/sjuksköterskemottagning

Utöver grundförutsättningarna gäller följande

- *En distriktssköterske/sjuksköterskemottagning ska vara bemannad med minst en distriktssköterska/sjuksköterska*
- *Läkarkonsult ska finnas tillgänglig*
- *En distriktssköterske/sjuksköterskemottagning ska vara öppen för mottagning minst 16 timmar per vecka. Patienter med behov av vård som inte kan anstå ska kunna tas om hand under öppettiden*
- *En distriktssköterske/sjuksköterskefilial kan bedrivas för delar av basuppdraget*

7.12.3 Specifika förutsättningar för en läkarfilial

Utöver grundförutsättningarna gäller följande

- *En läkarfilial ska vara bemannad med minst en läkare i allmänmedicin samt en sjuksköterska.*
- *En läkarfilial ska vara öppen för mottagningsverksamhet minst 16 timmar per vecka.*
- *Patienter med behov av vård som inte kan anstå ska kunna tas om hand under öppettiden*
- *En läkarfilial kan bedrivas för delar av basuppdraget*

7.12.4 Specifika förutsättningar för en utökad filial

Utöver grundförutsättningarna gäller följande

- *En utökad filial ska vara bemannad med minst en distriktssköterska, 40 timmar per vecka jämnt fördelat på 5 arbetsdagar. En läkare i allmänmedicin, 25 timmar per vecka fördelat på minst 3 arbetsdagar*
- *Filialen ska vara öppen för mottagningsverksamhet minst 5 dagar i veckan, minst 8 timmar per dag*
- *En utökad filial ska uppfylla samma basuppdrag som huvudenheten men samtliga delar behöver inte erbjudas varje dag men ska medföra förbättrade förutsättningar för patienten*
- *Patienter med behov av vård som inte kan anstå ska kunna tas om hand under öppettiden*

7.12.5 Tillfälligt stängt

En filial har rätt att hålla stängt för semester åtta veckor per kalenderår, enligt det regelverk som finns under punkt 2.7.5 Sommarsamverkan.

En filial kan hållas stängt högst 2 dag/år för kompetensutveckling eller verksamhetsplanering. De två dagarna ska användas vid separata tillfällen och medges efter ansökan från Hälsovalskontoret.

7.12.6 Ansökan för filial och utökad filial

Ansökning om en filial sker via ansökningsblankett som finns på samverkanswebben för vårdgivare Region Gävleborg. Avdelningschefen beslutar om en filial beviljas eller ej och lämnar skriftligen besked när beslut har fattats. Innan uppstart av en filial ska:

- *Utförarens lokaler och utrustning ska vara tillgängliga och anpassade för besökande med funktionsnedsättning, se 2.7.1 Fysisk miljö*

- *Basutrustning enligt förteckning*

7.12.7 Avslut

Om inte utföraren uppfyller det beskrivna vårdinnehållet, bemanningen, lokaliseringen, lokal tillgången, tillgängligheten eller om den verksamhet som bedrivs där har väsentliga brister har Region Gävleborg rätt att återta sitt medgivande till fortsatt drift av en filial.

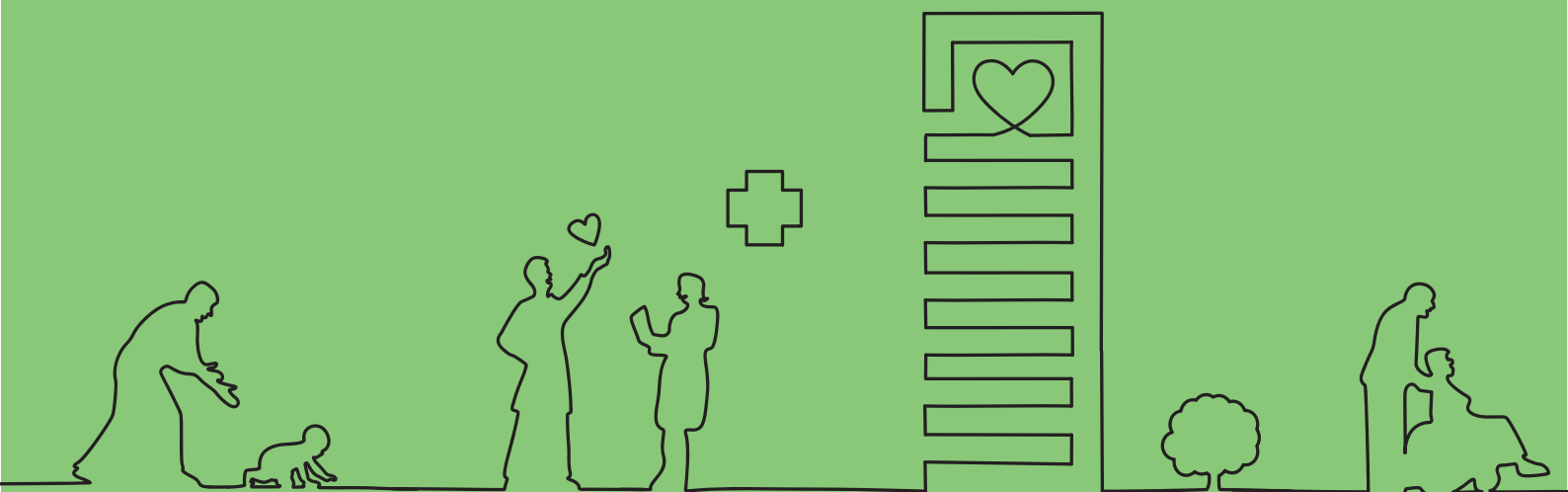
Avdelningschefen beslutar om eventuellt upphörande av filialverksamhet. Vid sådant avslut ansvarar Hälsovalskontoret för att informera de listade. Uppsägning av filial ska ske skriftligt 6 månader innan planerat avslut. Vid sådant avslut ansvarar huvudenheten för att informera sina listade.

7.12.8 Ersättning

Ett arbete pågår inom Hälsovalskontoret gällande hur de olika filialerna ska ersättas.

Handbok för Hälsoval GÄVLEBORG 2024

Krav och förutsättningar för primärvård



Handbok Hälsoval i Region Gävleborg 2024

HÄLSOVALSHANDBOK 2024.....	1
1 INLEDNING	5
1.1 Värdegrund	5
1.2 Hälsoval Region Gävleborg.....	6
1.3 Ständiga förbättringar	6
2 UPPDRAG.....	7
2.1 Inledning.....	7
2.2 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig	8
2.2.1 Utbildningsansvar	8
2.3 Bemanning och kompetens.....	9
2.4 Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor	9
2.4.1 Tobaksavvänjning.....	10
2.4.2 Hälsosamtal 40-åringar	10
2.5 Samverkan	10
2.5.1 Samverkan kring patienten	10
2.5.2 Samordnad individuell plan(SIP).....	11
2.5.3 Samverkan mellan utförare och Hälsovalskontoret	11
2.5.4 Samverkansområde.....	12
2.5.5 Samverkansansvar och samverkansplan.....	12
2.6 Tillgänglighet.....	13
2.6.1 Vårdgaranti	13
2.7 Öppettider	13
2.7.1 Fysisk miljö.....	13
2.7.2 Telefon.....	14
2.7.3 Digitala tjänster.....	14
2.7.4 Digitala vårdmöten	14
2.7.5 Sommarsamverkan.....	14

2.7.6	Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.....	14
2.7.7	Hemsjukvård.....	15
2.7.8	Särskilt boende för äldre.....	15
2.7.9	Korttidsplats.....	15
2.8	Hembesök, jour och beredskap.....	16
2.8.1	Hembesök.....	16
2.8.2	Jour och beredskap.....	16
2.9	Läkemedelsgenomgångar.....	16
2.10	Rehabilitering.....	17
2.11	Psykosocial hälsa.....	17
2.12	Habilitering-flerfunktionsnedsatta personer.....	17
2.13	Hälso- och sjukvård för asylsökande och migranter.....	18
2.14	Medicinsk fotvård.....	18
2.15	Klinisk utbildning.....	18
2.15.1	AT-/BT-läkare.....	18
2.15.2	ST-läkare.....	19
2.15.3	Studenter och elever.....	19
2.15.4	PTP-psykolog.....	19
2.16	Verksamhetsutveckling.....	19
2.17	Kunskapsstyrning.....	20
2.18	Hjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial.....	20
2.19	Smittskydd.....	21
2.20	Vårdhygien.....	22
3	TILLÄGGSUPPDRAG.....	22
3.1	BVC (sökbart).....	22
3.2	Regionövergripande uppdrag (ej sökbara).....	23
4	UPPFÖLJNING.....	24
4.1	Syfte.....	24
4.2	Fortlöpande uppföljning.....	24
4.3	Verksamhetsdialog.....	25
4.4	Fördjupad uppföljning.....	25
4.5	Kvalitetsindikatorer basuppdraget.....	26

4.6	Patientenkäter.....	26
4.7	Nationella vårdgarantin.....	26
4.8	Kvalitetsregister	26
4.9	Uppföljning tilläggsuppdrag BVC.....	27
5	LISTNING OCH GEOGRAFISKT OMRÅDE	28
5.1	Allmänt	28
5.2	Listningssystemets innehåll (och fördelning av invånare)	28
5.3	Listningsbegränsning	29
6	ERSÄTTNINGSMODELL OCH KOSTNADSANSVAR	29
6.1	Ersättningsmodell för utförarnas basuppdrag	29
6.2	Utförarens kostnadsansvar och ersättningens omfattning	30
6.3	Ersättningens fördelning för basuppdraget	31
6.4	Åldersviktad vårdpeng	31
6.5	Läkemedelsviktad ersättning, läkemedelskostnad och dosdispenserade läkemedel	31
6.6	Täckningsgrad läkemedelsförskrivning	32
6.7	Socioekonomisk vårdpeng (CNI)	32
6.8	ACG (Adjusted Clinical Groups)	32
6.9	Geografisk ersättning	33
6.10	Ersättning för täckningsgrad	33
6.11	Ersättning för besök där tolk har använts	34
6.12	Målrelaterad ersättning för basuppdraget	34
6.13	Nationellt eller regionalt utvecklingsarbete	35
6.14	Patientavgifter	35
6.15	Enstaka besök hos andra utförare	36
6.16	Besök från utomlänspatienter	36
6.17	Ersättning för kommunalt finansierade särskilda boenden	36
6.18	Ersättning för tilläggsuppdrag BVC	37
6.19	Målrelaterad ersättning tilläggsuppdrag BVC	37
6.20	Kostnadsansvar för läkemedel	37
7	ALLMÄNNA VILLKOR/ÖVRIGT	38
7.1	Medicinsk diagnostik	38

7.2	Provtagning- digitala vårdbesök utomläns	38
7.3	Remisser.....	38
7.4	Sjuk- och behandlingsresor.....	39
7.5	Tolk.....	39
7.6	Journal.....	39
7.7	Intyg	39
7.8	Allvarlig händelse och katastrofberedskap	40
7.9	Samverkansdokument.....	40
7.10	Patientsäkerhet	41
7.11	Patientnämnd	41
7.12	Filial	42
7.13	Marknadsföring.....	42
7.14	Inhämtande av adressuppgifter	43
7.15	Information	43
8	INFORMATIONSHANTERING OCH IT.....	44
8.1	Informationshandtering och informationssäkerhet	44
8.2	It miljö.....	45
8.2.1	It miljö hos utföraren	45
8.3	Obligatoriska it-produkter.....	45
8.4	Valbara it-produkter.....	46
9	AVTAL, ANSÖKAN OCH GODKÄNNANDE.....	46

1 Inledning

Hälso- och sjukvården i Gävleborg ska bidra till en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det ska i hela länet finnas en tillgänglig hälso- och sjukvård av högsta kvalitet.

Detta innebär att Gävleborgs befolkning ska ges möjlighet till hög tillgänglighet som är behovsanpassad med kontinuitet och jämlikhet.

Utförare ska ges goda förutsättningar att verka över hela länet. Samverkan och delaktighet genomsyrar all verksamhet och bidra till ständiga förbättringar.

Ledord som utmärker och vägleder Region Gävleborgs utförare är således: personcentrering, förbättringsförmåga, tillit och samverkan.

- Personcentrering innebär att individens behov och önskemål i möjligaste mån ska prioriteras och tillgodoses. Tillgänglighet erbjuds efter befolkningens behov.
- Tillitsbaserad styrning syftar till att öka engagemanget, stärka förtroende och ansvarstagande, det ska omfatta och genomsyra samtliga verksamheter, från folkvalda, förtroendevalda till medarbetare.
- Förbättringsförmåga innebär att vi uppmuntrar och efterfrågar ett lärande och utvecklingsarbete med högt kvalitetsfokus för att erbjuda goda valmöjligheter och mångfald i hela Region Gävleborg.
- Samverkan innebär att vi gemensamt ansvarar för vår gemensamma patient. Genom dialog, och delaktighet utvecklar vi goda samarbeten.

1.1 Värdegrund

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården i Gävleborg är en god och jämlik hälsa för hela befolkningen, oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, etnicitet, religion, sexuell läggning, politisk åskådning och ekonomiska förutsättningar. I Gävleborg har alla invånare rätt till en god hälso- och sjukvård efter behov och patientens delaktighet och medbestämmande i val av vård och behandling är en självklarhet. För att kunna ge en god hälso- och sjukvård är det förebyggande arbetet av stor betydelse.

Hälsoval ska vara utformat så att länets invånare ges möjlighet att fatta beslut om vilken utförare som passar dem bäst.

Modellen ska även stärka invånarnas inflytande och delaktighet genom ökad valfrihet.

1.2 Hälsoval Region Gävleborg

Hälsovalssystemet möjliggör för länets invånare att välja bäst lämpad utförare i primärvård. Hälsoval ska vara utformat så att länets invånare ges möjlighet att fatta beslut om vilken utförare som passar dem bäst.

Hälsovalssystemet ger leverantörer av primärvård rätt att etablera sig fritt i länet om den uppfyller kraven enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962). Rätt till etablering sker efter ansökan och en utvärderingsprocess för godkännande.

Denna Handbok Hälsoval i Region Gävleborg ingår, tillsammans med ”Ansökan för godkännande” och Avtal, i upphandlingsdokumentet för Region Gävleborgs vårdvalssystem primärvård.

Region Gävleborgs hälsovalssystem innebär att invånaren väljer utförare och att denna utförare är förstahandsvalet för vård och behandling. Utföraren är förstahandsvalet och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Utföraren ansvarar för detta genom hög tillgänglighet, god kontinuitet och bred kompetens.

En förutsättning för detta är att det finns minst en utförare i varje kommun.

Primärvården är basen i hela hälso- och sjukvårdssystemet och målet är att 80 procent av hälso- och sjukvårdens besök ska ske inom ramen för Hälsoval Gävleborg.

Basuppdraget för vårdgivarna och ersättningen är lika för alla utförare oavsett driftsform. Ersättningen till vårdgivarna följer invånarens val av utförare. Region Gävleborg ansvarar för att informera befolkningen om valbara utförare i Hälsoval Gävleborg.

Hälsovalskontoret företräder Region Gävleborg som uppdragsgivare och finansär samt ansvarar för drift och skötsel av modellen genom uppföljning av Hälsoval Gävleborg.

Utifrån Region Gävleborgs budget och flerårsplan fastställer och reviderar Region Gävleborgs fullmäktige mål, uppdrag och ersättningsvillkor för den vård som bedrivs inom lagen om valfrihetssystem (2008:962).

1.3 Ständiga förbättringar

Hälso- och sjukvården i Gävleborg är ett komplext och föränderligt system i vilket primärvården inom hälsovalssystemet är basen. För att primärvården i hälso- och sjukvården ska fungera och utvecklas över tid krävs att hälsovalssystemet kännetecknas av långsiktighet och förutsägbarhet.

Hälsovalssystemet ska kännetecknas av ständiga förbättringar, kombinerat med ett inbyggt lärande hos utföraren och beställaren, det vill säga Region Gävleborg. Utföraren ska bidra med medarbetare till arbetsgrupper och delta i Region Gävleborgs arbete med ständiga förbättringar och utveckling av hälso- och sjukvård.

Målet med ständiga förbättringar är att en utveckling av systemet ska kunna ske successivt över tid och därmed bidra till att befolkningen får en bättre hälsa.

2 Uppdrag

2.1 Inledning

Enligt 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras primärvård som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppenvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Utföraren är och ska vara förstahandsvalet och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård. Vården ska tillgängliggöras dygnet runt via fysiska och digitala möjligheter.

Utföraren ska remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och ta hänsyn till patientens samlade förutsättningar och behov.

Uppdraget, som förutsätter multiprofessionell samverkan i team, består av planerad och oplanerad vård samt uppföljning inom det allmänmedicinska kompetensområdet. Invånare i det geografiskt tilldelade närområdet och de som valt utföraren ska erbjudas vård i form av:

- rådgivning
- utredning, diagnostik, behandling
- omvårdnad
- ge vaccinationer i enlighet med Region Gävleborgs vaccinationsprogram
- rehabilitering, habilitering
- stöd kring psykosocial hälsa

Utföraren ska även konstatera dödsfall och utfärda vårdintyg för personer som vistas i närområdet om de vårdas utanför den slutna vården.

Utföraren ska organisera arbetet så att patienten vid upprepade vårdkontakter i största möjliga mån får träffa samma personal. Patienter med kroniska eller komplexa sjukdomstillstånd ska vara medskapare vid vård-, rehabiliterings- och omsorgsplanering samt planering inför nästa besök.

- Utföraren ska bedöma och behandla akuta sjukdomstillstånd samma dag hos alla som söker sig till utföraren.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska göra hembesök när patientens tillstånd kräver det.
- Utföraren har en ledande roll som samordnare av invånarnas vårdbehov.
- Utföraren ska ha ett proaktivt arbetssätt i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa.
- Utföraren ska organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättning.
- Utföraren ska ansvara för hälso- och sjukvård för invånare som är listade hos denne.
- I uppdraget ingår även att bidra till förnyelse och utveckling av innovativa arbetsformer i samverkan med andra samhällsaktörer.

2.2 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig

Utförarens verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Arbetsuppgifter som alltid ska ingå i verksamhetschefens ansvarsområde är bland annat att se till att det finns rutiner för delegering. Verksamhetschefen kan ansvara för uppdraget som regleras i hälsovalshandboken utan att själv ha medicinsk kompetens men får då inte bestämma över vård och behandling av patienter.

Den medicinskt ledningsansvarige ska vara allmänspecialist och ha god kunskap om lokala förhållanden, bistå och vara rådgivande till verksamhetschefen, till exempel avseende medicinska policyfrågor och rutiner, patientsäkerhet och kompetensutveckling samt delta i det medicinska utvecklingsarbetet.

2.2.1 Utbildningsansvar

Utföraren har ansvar för internutbildning och fortbildning och att det finns en handlingsplan för kvalitetssäkring av medarbetarnas kompetensutveckling.

Utföraren ansvarar för att:

- enheten och alla dess medarbetare utvecklar och upprätthåller adekvat kompetens för uppdragets utförande
- enheten och alla dess medarbetare tillämpar nya vårdprogram och andra medicinska riktlinjer som fastställs regionalt och nationellt

2.3 Bemanning och kompetens

Utföraren ansvarar för att all personal har adekvat kompetens, legitimation och specialistkompetens där så krävs och att det finns personal i den omfattning som krävs för att tillhandahålla en god och säker vård enligt hela uppdraget. Uppdraget ställer krav på att utföraren har:

- fysisk läkarmottagning med minst en (1) specialist i allmänmedicin under öppettider hos utföraren.
- Distriktsköterskemottagning under öppettiderna.
- tillgång till legitimerad fysioterapeut
- tillgång till legitimerad arbetsterapeut
- tillgång till psykosocial kompetens så som legitimerad kurator inom hälso- och sjukvård, och/eller leg psykoterapeut, legitimerad psykolog, legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri.
- tillgång till fotvårdsspecialist

Utföraren ska erbjuda patienten en fast läkarkontakt, som ska vara patientens förstahandsval vid planerade läkarbesök för åkommor som inte kräver sjukhusets resurser eller insatser av annan specialist. De läkare som har möjlighet att vara fast läkarkontakt är:

- Specialist i allmänmedicin
- Specialist i geriatrik
- Specialist i barn och ungdomsmedicin
- ST läkare under utbildning till specialist i allmänmedicin
- Färdig specialist i väntan på bevis om specialistkompetens inom allmänmedicin
- Läkare med annan specialitet efter beslut av medicinsk rådgivare vid Hälsovalskontoret

En realistisk planering är förutsättning för kontinuitet varför utföraren ska teckna avtalskontrakt med läkaren om minst 12 månader framåt i tiden om denne inte är anställd hos utföraren.

Utföraren ska erbjuda patienten en fast vårdkontakt om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att se till hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning eller säkerhet.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar hos utföraren ska, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer, kunna tala, förstå och skriva god svenska på lägst nivå C1.

2.4 Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Utförarna ska arbeta enligt Region Gävleborgs ”Vårdprogram: Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor”. Detta innebär att strukturerat och systematiskt uppmärksamma levnadsvanor i mötet med patienter, där det är

relevant, möjligt och genomförbart. Arbetet med levnadsvanor sker på två nivåer: Grundläggande nivå (enkel rådgivning) och fördjupad nivå (behandling).

Utföraren ska erbjuda patienter förebyggande och behandlande åtgärder för hälsosamma levnadsvanor och det ska ingå som en del i patientmötet. Särskild uppmärksamhet ska ges grupper och personer med ökad risk för ohälsa.

Här hittar du som utförare den vägledning du behöver för att samtala om levnadsvanor med dina patienter.

[Levnadsvanor - Region Gävleborg](#)

[Metodstöd och vårdprogram underlättar samtal om levnadsvanor med vuxna patienter - Region Gävleborg](#)

2.4.1 Tobaksavvänjning

Tobaksavvänjning (kvalificerat rådgivande samtal) ska utföras av diplomerad tobaksavvänjare hos utföraren, alternativt utföras i samverkan med andra utförare inom primärvård.

2.4.2 Hälsosamtal 40-åringar

Samtliga utförare ska erbjuda ett hälsosamtal till alla listade som under året fyller 40 år. Hälsosamtalet genomförs enligt en manual och utförs av utbildad hälsosamordnare. Hälsosamtalsuppdraget kan utföras i samverkan med andra utförare.

[Riktade hälsosamtal, 40-åringar - Region Gävleborg](#)

2.5 Samverkan

Region Gävleborg, länets kommuner och privata vårdaktörer behöver samverka för att skapa en nära och sammanhållen vård där kommunal hälso-och sjukvård, primärvård och specialistvård har ett tätt samarbete. Samverkan sker dels länsövergripande, dels inom olika samverkansområden. Utförarna ska aktivt delta i planering och utveckling av den nära vården.

[Kommun- och regionsamverkan - Region Gävleborg](#)

2.5.1 Samverkan kring patienten

Utföraren ska samarbeta gränsöverskridande och koordinera vården med både den kommunala hälso-och sjukvården och sjukhusvården. Utföraren har en ledande roll som samordnare av patientens behov.

Utföraren ska tillsammans med patienten och närstående samverka för att tillgodose patientens hälso-och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov i en sammanhållen vårdkedja på bästa sätt. Vården ska utgå från den enskilda patientens behov och erfarenheter. Utföraren har ett ansvar att utse fast vårdkontakt och läkarkontakt när behov finns.

Utföraren ska också samverka med myndigheter och organisationer i patientens vård, så att vården uppfattas som en helhet, även om patientens behov inte kan tillgodoses enbart av utföraren.

[Fast vårdkontakt och behandlande roller - Region Gävleborg](#)

[Patientkontrakt - Region Gävleborg](#)

2.5.2 Samordnad individuell plan(SIP)

Region Gävleborg, utförare med avtal och kommuner ska tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när det behövs samordning av insatserna. Detta för att individen ska få sina behov tillgodosedda utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Samordnad individuell plan gäller både vuxna och barn. Planen ska upprättas om personen eller någon av utförarna bedömer att den behövs för att patienten ska få sina behov tillgodosedda. Samtycke från personen krävs för att planen ska upprättas.

En samordnad individuell plan ska upprättas i samband med utskrivning från slutenvård. Detta styrs av vilka insatser individen behöver efter utskrivning.

Det digitala stödsystem som Region Gävleborg beslutar om, ska användas vid samordnad planering vid utskrivning inklusive samordnad individuell plan.

Vid upprättande av SIP ska både den länsgemensamma rutinen för SIP och överenskommelsen om samverkan följas.

Mer information: [Kommun- och regionsamverkan - Region Gävleborg](#)

2.5.3 Samverkan mellan utförare och Hälsovalskontoret

För ett hållbart arbete krävs dialog mellan utförare inom Hälsoval Gävleborg (producenter) och Hälsovalskontoret (företrädare för finansiären/beställaren).

Årligen kallar därför Hälsovalskontoret till:

- Branschråd, där representanter från vårdgivarna deltar
- Dialogmöte, där chefer från olika nivåer i verksamheterna deltar
- Möten med medicinska rådgivare
- Möte i samverkansområde
- Verksamhetsbesök/granskningar
- Informationsmöten

Dessa möten är en förutsättning för dialog och informationsöverföring. De är en del av uppdraget och ska prioriteras av verksamheterna.

2.5.4 Samverkansområde

Hälsovalskontorets områdesplan beskriver samverkansområden inom länet och de olika vårdgivarnas närområden. För närvarande finns följande samverkansområden indelade utifrån gällande kommungränser:

- Hudiksvall/Nordanstig
- Ljusdal
- Bollnäs/Ovanåker
- Söderhamn
- Sandviken/Hofors/Ockelbo
- Gävle

2.5.5 Samverkansansvar och samverkansplan

Inom flera delar av hälsovalsuppdraget har alla utförare inom samverkansområdet ett gemensamt ansvar. Ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna vad det gäller gemensamma åtaganden ska regleras i en gemensam samverkansplan. Hälsovalskontoret kan bistå vid framtagandet av planen.

Inom varje samverkansområde ska det finnas en utsedd kontaktperson. Inom ett större samverkansområde kan ansvaret delas på flera personer. Kontaktpersonerna kan vara från/representerad av offentlig och/eller privat utförare. De som är kontaktperson har ett övergripande ansvar kring upprättandet av samverkansplanen och sammankalla samverkansmöten för primärvården, kommunen, specialistvården, myndigheter och organisationer.

Vid förändring av antalet utförare i närområdet måste samverkansplanen revideras.

Samverkansplanen ska innehålla en beskrivning av hur samverkan regleras kring följande aktiviteter och funktioner:

- ansvarsfördelning kommunala enheter, särskilda boenden, korttidsplatser och LSS
- asylboende
- jour och beredskapsorganisation
- hembesök för kvällar, nätter och helger, samt närområdesansvar
- ansvarsfördelning för att konstatera dödsfall, utfärda dödsbevis och vårdintyg
- medverkan i samverkans- och utvecklings forum i närområdet
- familjecentral
- samverkan vid utskrivning från slutenvård under helger
- katastrofberedskap

2.6 Tillgänglighet

2.6.1 Vårdgaranti

Utförare ska följa gällande vårdgaranti. En patient som kontaktar utföraren har rätt att få kontakt med primärvården samma dag. Patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

2.7 Öppettider

Utförare med färre än 4500 listade patienter, ska ha öppet minst 40 timmar/vecka.

Utförare med fler än 4500 listade patienter, ska ha öppet minst 45 timmar/vecka.

Utförare ska vara tillgänglig på telefon för rådgivning, bedömning och tidbokning vardagar utifrån den listade befolkningens behov. Utanför ordinarie öppettider hänvisas patienten till 1177.

Möjlighet för patienten att kommunicera med Utföraren via ”1177 e-tjänster”.

Utförarens öppettider ska vara väl kommunicerade och kända hos Hälsovalskontoret, listad befolkning, utförare, ambulans, kommun och 1177.

Utföraren ska organisera verksamheten så att tillgänglighet upprätthålls även för patienter som av medicinska skäl inte själva har möjlighet att ta sig till mottagningen.

Vid förändringar i vårdgivarnas basuppdrag/tilläggsuppdrag som kan påverka kontinuitet och tillgänglighet eller på annat sätt påverkar vårdgivarnas möjlighet att utföra uppdraget ska kontakt omedelbart tas med Hälsovalskontoret.

Enheten kan hållas stängt högst 2 dag/år för kompetensutveckling eller verksamhetsplanering. De två dagarna ska användas vid separata tillfällen.

2.7.1 Fysisk miljö

Utförarens lokaler och utrustning ska vara tillgängliga och anpassade för besökande med funktionsnedsättning. Region Gävleborgs ”Checklista för lokaler och fysisk tillgänglighet” ska följas.

[Handbok - Region Gävleborg](#)

Utföraren ansvarar för att lokalerna är utformade så att god vårdhygien kan upprätthållas enligt gällande rutiner och riktlinjer från Vårdhygien och smittskydd. Utföraren ska rapportera ny- eller ombyggnation, installation av medicinteknisk utrustning eller andra förändringar som kan påverka vårdhygien.

2.7.2 Telefon

Utföraren ska vara tillgänglig per telefon för tidsbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov under hela öppethållandet. När utföraren inte har öppet ska en telefonsvarare ge aktuell information om öppettider hos utföraren och om kvälls- och helgöppen mottagning samt informera om 1177 Vårdguiden på telefon och 1177 Vårdguiden på webben.

2.7.3 Digitala tjänster

Utföraren ska tillhandhålla, informera om och administrera följande e-hälsotjänster,

- kontaktkort på 1177 Vårdguidens E-tjänst
- förnyelse av recept och hjälpmedel
- rådgivning
- journalen via nätet
- påminnelser via SMS
- stöd och KBT-behandling via internet
- tidsbokning

2.7.4 Digitala vårdmöten

Utföraren inom Hälsoval ska använda sig av det upphandlade systemet för digitala vårdmöten som Region Gävleborg beslutat om. De tjänster och regelverk för digitala vårdmöten som Region Gävleborg utvecklar och godkänner ska utföraren följa.

Utföraren ska bemanna med de yrkeskategorier och kompetenser som ingår i digitala vårdmöten.

[Digitala vårdmöten - Region Gävleborg](#)

2.7.5 Sommarsamverkan

Utförare inom ett samverkansområde eller angränsande samverkansområde har möjlighet att samverka under juni, juli och augusti, efter godkänd ansökan till Hälsovalskontoret.

Samverkan kan maximalt ske under 8 veckor. Vid sommarsamverkan mellan utförare ska de samverkande vårdgivarna följa rutin för sommarsamverkan i Hälsoval.

[Administrativa dokument \(Hälsoval\) - Region Gävleborg](#)

2.7.6 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Utföraren ansvarar för läkarinsatser inom sitt eget närområde och ska samverka med den kommunala hälso- och sjukvården enligt gällande avtal mellan Region Gävleborg och kommunerna. I avtalet ska relevant tidsåtgång anges.

2.7.7 Hemsjukvård

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna hänger samman över tid. Patienten ska vara registrerad som mottagare av hemsjukvård och insatserna ska ha föregåtts av en vårdplanering. Patientansvarig läkare ska erbjuda hembesök hos patienter inskrivna i hemsjukvård minst en gång årligen, om patientens tillstånd inte kräver slutenvård, eller behovet täcks av annan huvudman.

[Hemsjukvård - Region Gävleborg](#)

2.7.8 Särskilt boende för äldre

Med särskilt boende för äldre avses boende som tillhandahåller bostad eller plats för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd. Insatsen ges efter bedömning och beslut av kommunen.

Utföraren ansvarar för läkarinsatser och samverkar med den kommunala hälso- och sjukvården.

Om antal kommunala boende inom en utförarens närområde blir stort och andra utförarens närområde, inom ett samverkansområde, har få eller inga kommunal boenden ska en fördelning av ansvar för läkarinsatser i boenden göras i samverkansområdet. Om vårdgivarna inte kommer överens om gemensam lösning beslutar Hälsovalskontoret om fördelningen.

2.7.9 Korttidsplats

Med korttidsplats avses bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt och som kommunen tillhandahåller. Korttidsplats ges som bistånd och används vid bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående.

När en invånare får en tillfällig korttidsplats på ett befintligt boende ska den utförare som har ett avtalat ansvar för boendet även ansvara för denna brukare/patient.

När en invånare får en korttidsplats på ett boende för vilket det saknas en utpekad ansvarig utförare ska den utförare som ansvarar för det geografiska närområdesansvaret ansvara för brukaren/patienten. Detta ansvar gäller under längst tre månader. Är det en längre tidsperiod ska avtal skrivas med kommunen. Samarbetsformerna gällande läkarinsatser inom den kommunala omsorgen ska regleras i särskilt avtal mellan utföraren och respektive kommun.

Utföraren ansvarar även för läkar- och rehabiliteringsinsatser för personer som beviljats boende enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

2.8 Hembesök, jour och beredskap

2.8.1 Hembesök

Utförarens hälso- och sjukvårdspersonal ska göra hembesök hos invånare som är listade på utföraren och som bor inom dess geografiska närområde, på grund av allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning, inte kan ta sig till mottagningen.

Utföraren ska genomföra enstaka hembesök på icke listade patienter inom sitt geografiska närområde, och då med högre ersättning (se prislistan för enstaka besök hos andra utförare).

Utföraren är inte skyldig att göra hembesök hos listade som bor utanför utförarens närområde.

Utföraren ansvarar för planerade hembesök dygnet runt, alla dagar i veckan.

Utföraren ansvarar för oplanerade hembesök 07.00-17.00, alla dagar i veckan.

Ambulanssjukvården ansvarar för oplanerade hembesök upp till sjuksköterskenivå mellan 17:00-07:00, alla dagar.

Uppdraget kring hembesök kan regleras inom samverkansavtalen i samverkansområdet. Vårdgivarna ska även följa avtalet om hemsjukvård mellan Region Gävleborg och kommunerna.

[Hemsjukvård - Region Gävleborg](#)

2.8.2 Jour och beredskap

Jour- och beredskap ska upprätthållas i samverkansområdena. Normalt sätt kvällar, nätter och helger.

Lösningar för jour och beredskap kan se olika ut i olika samverkansområden, vilket regleras i samverkansplanen. Överenskommelsen i samverkansområdet ska fokusera på ett effektivt utnyttjande av resurser samt patientsäkerhet och harmonisera med Region Gävleborgs arbete med akutflöden.

2.9 Läkemedelsgenomgångar

Utföraren ska genomföra enkel läkemedelsgenomgång vid varje besök där ordination av läkemedel sker, samt vid andra behandlingssituationer där det bedöms lämpligt.

Fördjupad läkemedelsgenomgång ska genomföras för alla patienter med läkemedelsbehandling vid inflyttning till särskilt boende och vid inskrivning i hemsjukvård. Detta ska ske inom en månad och därefter årligen samt vid behov. Utföraren ska vid behov genomföra fördjupad läkemedelsgenomgång på patienter i ordinärt boende utan hemsjukvårdsinsats. Detta enligt Region Gävleborgs rutin

”Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt läkemedelsberättelse – Primärvård Region Gävleborg”.

Utföraren ansvarar för att det finns en korrekt och aktuell läkemedelslista och att patienten får en aktuell läkemedelslista vid läkemedelsändringar. Se kapitel 11 [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso och sjukvården](#)

2.10 Rehabilitering

Utföraren ska ansvara för att patienter får bedömning, behandling och förebyggande åtgärder för alla förekommande diagnoser/tillstånd.

Arbetet ska bedrivas i nära samverkan med patient, närstående och andra aktörer. Utgångspunkten för all rehabilitering är att det finns en plan över vad som bör/ska uppnås. Planen bör i komplicerade fall utarbetas i team mellan läkaren, patienten, fysioterapeuten och arbetsterapeuten.

Om antalet behandlingar tenderar att bli fler än beräknat i den ursprungliga planen ska fysioterapeuten samråda med patientens läkare. Det är viktigt att värdera om behandlingen ska genomföras, kompletteras eller om byte av behandlingsinriktning ska ske.

2.11 Psykosocial hälsa

Utföraren ska ansvara för att patienter från 18 års ålder får specifika korttidsinriktade behandlingsinsatser, inom det allmänmedicinska kompetensområdet, vid exempelvis krisreaktioner, depressioner, ångest, stressrelaterade sjukdomar och psykosomatiska tillstånd. Utföraren ska stödja patienten att kunna ta tillvara den egna förmågan att förbättra sin livssituation och uppnå förbättrad hälsa. Vårdlinjearbetet och beslutsstödet för stegvis vård inom primärvård och vuxenpsykiatri är basen för detta arbete.

2.12 Habilitering-flerfunktionsnedsatta personer

Förutom utförarens ordinarie basuppdrag för rehabilitering, ska det inom varje samverkansområde finnas minst en utförare med ett utökat uppdrag för personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. Det gäller personer med intellektuell funktionsnedsättning, och/eller autism, förvärvade hjärnskador och neurologiska sjukdomar, samt kombinationer av dessa funktionsnedsättningar. I gruppen ingår också personer med behov av regelbunden uppföljning utifrån nationella vårdprogram.

Flertalet i denna målgrupp har någon form av kommunikationssvårigheter och har till följd av sin funktionsnedsättning behov av ett anpassat bemötande.

Uppdraget innebär även att göra hembesök utanför det geografiska området, vid insatser som kräver kännedom om individens situation, t.ex. bostadsanpassning och hjälpmedel.

Målgruppen kan ha behov av samverkan mellan olika aktörer, t.ex. specialistvård, kommun och Försäkringskassan.

Utförare med det utökade uppdraget ersätts för detta ekonomiskt.

[Autism med intellektuell funktionsnedsättning - Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)

[Cerebral pares - Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)

2.13 Hälsa- och sjukvård för asylsökande och migranter

Utföraren har ansvar för all vård för asylsökande i sitt närområde. Om antalet asylsökande inom en utförare närområde blir stort och andra utförare inom ett samverkansområde har få eller inga asylsökande, ska ansvaret för vården fördelas inom samverkansområdet. Om vårdgivarna inte kommer överens om gemensam lösning beslutar Hälsovalskontoret om en fördelning.

Hälsoundersökningar för asylsökande är ett icke sökbart regionövergripande uppdrag.

2.14 Medicinsk fotvård

Region Gävleborgs rutiner för medicinsk fotvård ska följas. Utföraren ska ansvara för att tillhandahålla medicinsk fotvård för sina patienter enligt gällande rutin.

[Dokument och rutiner - Region Gävleborg](#)

2.15 Klinisk utbildning

Hälsa- och sjukvården är en viktig lärandemiljö för personer under utbildning. Utföraren ska medverka i Region Gävleborgs långsiktiga strategi för personal- och kompetensförsörjning genom att tillhandahålla utbildningsplatser för de professioner som är verksamma hos utföraren.

Utföraren ska tillhandahålla utbildningsplatser för AT/BT/ST-läkartjänstgöring, praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) för studenter från universitet och högskolor, samt praktikplatser för elever på gymnasieprogram och yrkesutbildningar. Utöver detta ska platser erbjudas för grundskolas PRAO inom ramen för den samordning som sker via Region Gävleborg. Utföraren ansvarar för att dessa uppdrag håller den kvalitet och den inriktning som följer examenskrav för respektive utbildningsprogram och överenskomna kvalitetskrav på handledarkompetens.

All klinisk utbildning, praktik och PRAO ska ske enligt gällande föreskrifter och i enlighet med Region Gävleborgs rutiner och krav. Utföraren ska samverka med berörda funktioner inom Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Centrum för klinisk utbildning och med Region Gävleborgs studierektorer. Funktionen övergripande studierektor är centralt organiserad inom HR förvaltningen.

2.15.1 AT-/BT-läkare

Utföraren ska på Region Gävleborgs begäran ta emot och handleda AT- och BT-läkare om det finns förutsättningar för att vara en utbildningsenhet. Utbildning ska

ske i enlighet med Region Gävleborgs rutiner och krav samt socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter.

2.15.2 ST-läkare

Utföraren ska på Region Gävleborgs begäran ta emot och handleda ST-läkare om det finns förutsättningar för att vara en utbildningsenhet. Utbildning ska ske i enlighet med Region Gävleborgs rutiner och krav samt socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter.

Utföraren anställer och har ett arbetsgivaransvar för ST-läkare och får särskild ersättning från Region Gävleborg för detta. Anställning av ST-läkare ska följa Region Gävleborgs rutiner.

Ett ST-kontrakt enligt mall ska skrivas under av ST-läkaren, handledaren, verksamhetschef/medicinskt ansvarig och studierektor. Varje ST-läkare ska ha ett individuellt utbildningsprogram som revideras vid behov i enlighet med socialstyrelsens författning.

Ersättning för ST-läkares lön betalas månadsvis från ett centralt konto hos Region Gävleborg till den enhet där ST-läkaren är anställd. Ersättningen beslutas centralt i Region Gävleborg.

2.15.3 Studenter och elever

Utföraren ska på Region Gävleborgs begäran ta emot och handleda studenter, elever och praktikanter, från de utbildningsanordnare inom vårdområdet som Region Gävleborg har avtal med och enligt de förutsättningar som anges i avtalen.

Utbildningsuppdraget för respektive utförare ska vara proportionerligt i förhållande till antalet medarbetare och verksamhetens storlek.

2.15.4 PTP-psykolog

För PTP-psykolog kan utföraren ansöka om bidrag för halva lönekostnaden. Samtliga PTP-psykologer erbjuds plats inom Region Gävleborgs PTP-program, kravet är att personen arbetar inom Gävleborgs län.

2.16 Verksamhetsutveckling

Utföraren ska delta och samverka i klinisk forskning och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund som berör verksamheten.

Utföraren ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av forskare som Region Gävleborg samarbetar med eller som är anställda i Region Gävleborg. Aktivt deltagande från utföraren i forskningsaktiviteter på uppdrag av Region Gävleborg ersätts särskilt.

Utföraren kan själv ta initiativ till utvecklingsarbete och vetenskaplig forskning. Region Gävleborg är huvudman för forskningsprojekten.

Utföraren ska informera Region Gävleborg om vilka forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten. Anställda vid utföraren får tillgång till Region Gävleborgs resurser för forskning.

Vid bedömning av forskningsansökningar jämförs utförare i privat och Region Gävleborgs regi. Det gäller samma kvalitetskrav och prioriteringsordning.

2.17 Kunskapsstyrning

Utföraren ska på förfrågan bidra med resurser i Region Gävleborgs arbete för kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Arbetet med nationellt system för kunskapsstyrning organiseras i nationella programområden (NPO). Respektive NPO speglar hela vårdkedjan, prevention, primärvård, specialistvård, rehabilitering, omvårdnad med mera.

I sjukvårdsregionen finns en kunskapsstyrningsgrupp med samordnare som är ett strategiskt stöd för det lokala arbetet i respektive region.

På lokal nivå i Region Gävleborg finns ett lokalt kunskapsstyrningsråd som har till uppgift att hålla samman arbetet och driva processen framåt.

I kunskapsstyrningsrådet finns en bred representation från hälso- och sjukvården, länets kommuner, privata aktörer och från Region Gävleborgs funktioner för folkhälsa och hållbarhet samt forskning och samhällsmedicin.

Fokus ligger på stöd till utförare att använda bästa tillgängliga kunskap samt att utveckla och förbättra verksamheter. Centralt är att stödja ett aktivt implementeringsarbete som inkluderar att följa upp, fråga efter resultat och föra en dialog om kvalitet.

[Kunskapsstyrning - Region Gävleborg](#)

2.18 Hjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial

Det finns flera vårdnivåer som kan skriva ut hjälpmedel, specialistvård, primärvård och kommunal hemsjukvård. Grunden är att hjälpmedel är en integrerad del av vård och behandling av patient.

Patienterna går genom de olika vårdnivåerna specialistvård, primärvård samt den kommunala hemsjukvården. Möjlighet att välja utförare gör att det behövs en tydlig samsyn av vad som är att betrakta som hjälpmedel och vad som är egenansvar.

Hos varje utförare ska det finnas hjälpmedelsförskrivare.

Utförare ska ge förskrivarna tillräcklig kunskap och förutsättningar att följa de direktiv och riktlinjer som Region Gävleborg beslutat angående förskrivning av hjälpmedel.

Utförarens hjälpmedelsförskrivare ska förskriva hjälpmedel enligt det regelverk och sortiment som framgår i ”Hjälpmedel Läns gemensam rutin för hälso- och sjukvård”.

Kostnadsansvaret gäller för förskrivna hjälpmedel då det huvudsakliga behandlings- och uppföljningsansvaret ligger hos primärvården och gäller både hjälpmedel för det dagliga livet(1) och hjälpmedel för vård och behandling(2).

När en invånare byter utförare flyttas kostnadsansvaret för hjälpmedel över till den nya utföraren efter det att vårdpengen övergått till den nya utföraren. Överrapportering görs via Webbsesam.

När patienten skrivs in i hemsjukvården övergår även ansvar och kostnad för hjälpmedel till ansvarig kommun.

Utföraren har kostnadsansvar för eget förskrivet förbrukningsmaterial och sjukvårdsmateriel för sina listade patienter. Detta gäller inte patienter i särskilda boenden, korttidsboenden eller inom hemsjukvård. För personer som är listade i vårt län men som är folkbokförda i ett annat län gäller andra regler.

[Hjälpmedel - Region Gävleborg](#)

2.19 Smittskydd

Utföraren ska utan dröjsmål anmäla smittsamma sjukdomar via SmiNet, och följa smittskyddslagen (2004:168), smittskyddsförordningen (2004:255) och Region Gävleborgs riktlinjer för smittskydd.

Vid utbrott av smittsamma sjukdomar på förskolor, skolor och arbetsplatser inom sitt geografiska närområde ska utföraren i samarbete med Regionens smittskydds-enhet upprätta en handlingsplan. Vid utbrott av smittsamma sjukdomar ska utföraren ta prover, kontrollera, smittspåra, behandla och remittera patienter.

Utförare med ansvar för ett särskilt boende eller anläggningsboende ansvarar för boendets smittskydd, provtagning, behandling och remittering.

Utföraren ansvarar för provtagning av enskilda personer som valt utföraren i samband med smittspårning av t.ex. tarmsjukdomar, multiresistenta bakterier, STI-sjukdomar eller stick- och skärskador.

Utföraren ska arbeta för en rationell användning av antibiotika, följa nationella STRAMA-rekommendationer och rekommendationer som utgår från STRAMA i Region Gävleborg samt följa den egna antibiotikaföreskrivningen.

Utföraren ska delta i obligatoriska utbildningar som smittskydd kallar till.

Utföraren ska medverka vid i de möten som STRAMA-gruppen kallar till.

[Smittskydd - Region Gävleborg](#)

2.20 Vårdhygien

Utföraren ska följa Region Gävleborgs rutiner inom området vårdhygien och medverka i Region Gävleborgs arbete för att minska andelen vårdrelaterade infektioner.

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och Region Gävleborgs vårdhygieniska riktlinjer och instruktioner. Utföraren ska bland annat registrera, följa upp och analysera vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt åtgärda avvikelser.

Utföraren ska delta i obligatoriska utbildningar när det gäller smittskydd och vårdhygien.

Utföraren ska delta i obligatoriska utbildningar som vårdhygien kallar till.

[Vårdhygien - Region Gävleborg](#)

3 Tilläggsuppdrag

3.1 BVC (sökbart)

Om utföraren ansöker om tilläggsuppdraget BVC/Familjecentral ska utföraren erbjuda hälsoövervakning för barn 0-5/6 år och/eller till dess att elevhälsovårdens medicinska insats (EMI) tar över barnets hälsovård.

Barnhälsovård inkl. vaccinationer erbjuds, enligt Nationellt barnhälsovårdsprogram, Socialstyrelsen vägledning för barnhälsovård, samt regionala tillägg och riktlinjer för barnhälsovården i Region Gävleborg.

Barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och initiera åtgärder samt bidra till en mer jämlik Barnhälsovård. Förbyggande och hälsofrämjande insatser samt stöd till föräldrar i deras föräldraskap är kärnan i arbetet inom barnhälsovården.

För att upprätthålla kompetens inom barnhälsovård bör BVC-verksamheten ha minst 25 stycken nyfödda barn per årskull och finnas tillgängligt vardagar för besök och telefonsamtal.

Tillgänglighet och kompetens kan säkerställas genom samverkan med annan BVC-verksamhet.

[Rikshandboken i barnhälsovård \(rikshandboken-bhv.se\)](https://rikshandboken-bhv.se)

[Barnhälsovård - Region Gävleborg](#)

[Riktlinjer barnhälsovård - Region Gävleborg](#)

3.2 Regionövergripande uppdrag (ej sökbara)

Nedanstående uppdrag ansvarar Hälso-och sjukvårdsnämndsförvaltningen för. De kan användas fritt av alla länets invånare oavsett vilken utförare man valt.

- familjeläkarjour
- dietistverksamhet
- särskilda psykoterapeutiska insatser
- upphandlad E-hälsa som t ex KBT på nätet, Tobakshjälpen
- dagrehabilitering
- asylhälsovårdsmottagning
- drift familjecentral
- drift bassäng

4 Uppföljning

Region Gävleborg har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor. Uppföljningen sker genom fortlöpande uppföljning, dialog och fördjupad uppföljning.

De utförare som bedriver primärvård i Gävleborgs län är skyldiga att följa villkoren i Handboken Hälsoval i Region Gävleborg och de riktlinjer som Region Gävleborg hänvisar till.

Region Gävleborg har rätt och är skyldig att genomföra uppföljning av verksamheten för att säkerställa att utföraren fullföljer sitt åtagande enligt handboken. Utföraren ska medverka vid sådan uppföljning och ställa material och dokumentation som krävs till förfogande. Alla deltagare i en uppföljning ska beakta gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

4.1 Syfte

Syftet med uppföljningen av hälsovalsmodellen i Region Gävleborg, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården är att:

- informerar befolkningen om vårdgivarnas resultat
- följa upp att den verksamhet som bedrivs hos utföraren överensstämmer med villkoren i Handbok Hälsoval i Region Gävleborg och graden av måluppfyllelse
- få underlag för att betala rätt ersättning till leverantören enligt fastställd ersättningsmodell
- få underlag för att bedöma vårdbehov och utveckla hälso- och sjukvården i Region Gävleborg
- leverera efterfrågad statistik till myndigheter och organisationer

4.2 Fortlöpande uppföljning

Region Gävleborg har en fortlöpande uppföljning av verksamhetsdata från vårdens it-stöd, nationella datakällor, nyckeltal/indikatorer, måluppfyllelse och Hälsovalets ersättningsystem(HES). I första hand ska uppgifter för uppföljning levereras från vårdgivarnas system enligt avsnitt Informationshantering och informationssäkerhet.

Utföraren ska på begäran rapportera uppgifter avseende verksamhetsdata och måluppfyllelse för uppdraget som inte fångas av vårdens it-stöd.

Utföraren ska använda de nyckeltal och indikatorer som ska användas i uppföljningen och som Region Gävleborg bedömt som relevanta för uppdraget.

Uppföljningens innehåll utvecklas i takt med att evidens och verktyg som stödjer införande av nya indikatorer utvecklas.

Vårdgivarna ska använda Medrave för verksamhetsuppföljning. Indikatorer inom det nationella systemet för kvalitetsdata inom primärvården, Primärvårds Kvalitet, införs succesivt i Region Gävleborg.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Gävleborgs it-stöd för analys-och rapportuttag (HES).

Ett urval av verksamhetsdata och resultat redovisas i Region Gävleborgs månadsuppföljning, delårsrapport och årsredovisning.

4.3 Verksamhetsdialog

Uppföljning av utföraren sker i dialog med verksamhetsansvariga utifrån krav i Handbok Hälsoval i Region Gävleborg, inhämtade uppgifter som exempelvis avvikelser, nyckeltal, indikatorer, målrelaterad ersättning.

Målsättningen är att dialog med utföraren ska ske en gång per år. Hälsovalskontoret ansvarar för att kalla till uppföljningen.

Förutom den årliga genomgången kan Hälsovalskontoret kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

Nytablering, ny-och ombyggnader och liknande förändringar kan också föranleda enskild uppföljningsdialog.

4.4 Fördjupad uppföljning

Region Gävleborg har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos utföraren inom specifika områden, exempelvis kvalitet, medicin, miljö samt ekonomi avseende lagstadgade skatter och avgifter.

Fördjupade uppföljningar kan komma att utföras under ledning av Hälsovalskontoret, eller extern resurs på uppdrag av Region Gävleborg. Utföraren ska utan ersättning vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter och underlag som krävs för att den fördjupade uppföljningen ska kunna genomföras.

I första hand ska uppgifter för uppföljning levereras från utförarens system.

Vid granskning av patientjournal ska det klargöras vilka patientjournaler som ska granskas. Utföraren ska tillhandahålla papperskopior av patientjournaler eller elektroniska kopior av journalen, på externt medium. Utlämnande av journalhandlingar ska föregås av att:

- Utförarens verksamhetschef gör en menprövning för samtliga patienter vars patientjournaler är aktuella. Om men anges för någon av journalerna,

ska detta skriftligen motiveras och skickas till Region Gävleborg. Övriga patienters journalkopior ska därefter omgående överlämnas.

- Utföraren ska på begäran från Region Gävleborg tillfråga ett antal patienter om samtycke till att Region Gävleborg granskar deras journaler. Region Gävleborg anger hur många patienter som ska tillfrågas. När samtyckena inkommit ska utföraren omgående överlämna dessa patienters journalhandlingar.

Utföraren ska bistå med de resurser som anses nödvändiga för att utföra fördjupad uppföljning.

4.5 Kvalitetsindikatorer basuppdraget

I den målrelaterade ersättningen ingår sex kvalitetsindikatorer. Samtliga utförare ska genomföra de aktiviteter som ingår i indikatorerna.

Följande kvalitetsindikatorer gäller:

- hälsosamtal 40-åringar
- fördjupad läkemedelsgenomgång
- beroendeframkallande läkemedel
- antibiotikaföreskrivning
- kvalitets/utvecklingsarbete hos utföraren
- hembesök

Mer detaljerad beskrivning av kvalitetsindikatorernas syfte, mål och ersättning finns under ”Målrelaterad ersättning Basuppdrag”, samt på Hälsovalets webbplats.

[Målrelaterad ersättning - Region Gävleborg](#)

4.6 Patientenkäter

Utföraren ska samverka med Region Gävleborg om patientenkäter och delta i den Nationella Patientenkäten som undersöker patientupplevelser inom hälso- och sjukvård. Region Gävleborg har rätt att ta del av allt grundmaterial och resultat från gemensamma patientenkäter. Mätningarnas resultat publiceras bland annat på:

[Patientenkät.se](#)

[Hälsoval Gävleborg - Region Gävleborg](#)

4.7 Nationella vårdgarantin

Vårdgarantin inom primärvården har två tidsgränser, noll och tre dagar.

Vårdgarantins måluppfyllelse för vårdgivarna följs upp via Region Gävleborgs it-stöd och finns tillgänglig på webbplatsen [vantetider.se](#)

[Väntetider i vården | SKR \(vantetider.se\)](#)

4.8 Kvalitetsregister

Utföraren ska rapportera till följande kvalitetsregister:

- nationella diabetes registret-NDR
- nationellt Kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg-Senior Alert
- Svenska Demensregistret- SveDem
- Luftvägsregistret

4.9 Uppföljning tilläggsuppdrag BVC

I Riktlinjer för Barnhälsovård Region Gävleborg finns beskrivet uppföljning, valda indikatorer för kvalitetsuppföljning och statistikredovisning.

Det pågår ett arbete med införande av Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ och målet är att all överföring av data från verksamheten ska ske via automatiserade flöden från journalen.

För BVC-verksamheten finns kvalitetsindikatorer som redovisas och ingår i målrelaterad ersättning. Samtliga BVC ska genomföra de aktiviteter som ingår i indikatorerna.

Mer detaljerad beskrivning av kvalitetsindikatorernas mål och ersättning finns under punkten ”Målrelaterad ersättning BVC”, samt på Hälsovalets webbplats.

5 Listning och geografiskt område

5.1 Allmänt

I listningssystemet registreras invånarnas val av utförare. Hälsovalskontoret ansvarar för administration och drift av listningssystemet, samt uppgifter om invånarnas val av utförare. Listning av invånarna sker efter eget val, vid inflyttning eller födsel efter geografisk tilldelning för respektive utförare.

Vid nyetablering av utförare fastställer Region Gävleborg närområdet i en närområdesplan efter samråd med aktuella utförare samverkansområdet. Den ekonomiska ersättningen för invånare som listas om till en nyetablerad utförare till följd av en reviderad närområdesplan tillfaller utföraren tre månader efter driftstart.

5.2 Listningssystemets innehåll (och fördelning av invånare)

- Invånarna kan registrera sitt val av utförare via 1177 Vårdguidens e-tjänster eller via listningsblankett. Utföraren får inte neka någon invånare att lista sig på vald utförare, med undantag för utförare som har listningsbegränsning
- Utförare med listningsbegränsning är inte möjliga att stå på kö till
- Invånare som inte aktivt listat sig, listas på en utförare enligt närområdesplanen
- Nyfödda och adopterade invånare listas inledningsvis på en Utförare enligt närområdesplanen. Vårdnadshavare kan därefter aktivt välja vilken Utförare barnet ska listas hos
- Nyinflyttad invånare listas inledningsvis hos en Utförare enligt närområdesplanen. Invånaren kan därefter aktivt välja vilken Utförare hon eller han ska listas hos
- Invånare med skyddad identitet listas inte i systemet. Ersättningen till anlita Utförare för dessa sker via ersättningssystemet HES
- Ett val/byte av Utförare registreras omedelbart om invånaren använder 1177 Vårdguidens E-tjänster. Om valet/bytet sker via Hälsovalskontoret registreras det när särskilt avsedd blankett har inkommit till Hälsovalskontoret. Patienten har rätt att gå till den valda utföraren så snart patienten förmedlar att den gjort ett nytt val
- Val eller byte av fast vårdkontakt administreras av utföraren. Registrering av fast vårdkontakt utförs i listningssystemet av utföraren
- Invånare i Region Gävleborg har möjlighet att lista sig hos en utförare i annat län. Detsamma gäller invånare i andra län som önskar att lista sig hos en Utförare i Region Gävleborg. Respektive listningskontor ansvarar

för omlistning till annat län. Personer bosatta i annat län har även rätt till fast läkarkontakt, om sådan finns att tillgå, och till fast vårdkontakt

5.3 Listningsbegränsning

Utföraren kan efter godkänd ansökan till Hälsovalskontoret få listningsbegränsning upp till sex månader, efter fem månader kommer en utvärdering göras med fokus på om befolkningens möjlighet att välja utförare påverkats negativt beaktat tillgänglighet och valfrihet. Därefter kan godkännande ske om ytterligare sex månader, detta kan ske upprepade gånger. Gör Region Gävleborg bedömningen att befolkningens möjlighet att välja utförare påverkas negativt inom ett samverkansområde till exempel om det kommer in flera ansökningar om listningsbegränsning så avslås samtliga inkomna ansökningar.
[Administrativa dokument - Region Gävleborg](#)

6 Ersättningsmodell och kostnadsansvar

6.1 Ersättningsmodell för utförarnas basuppdrag

Inom hälsovalssystemet i Gävleborg tillämpas samma regelverk och ersättningar för samtliga utförare, oavsett driftsform.

För att likställa de ekonomiska förutsättningarna mellan offentlig och privat drift, får de privata utförarna en momscompensation på 3 % av ersättningen, exklusive läkemedel och ersättning för uteblivna patientavgifter.

Ersättningsmodell för basuppdraget består av följande delar:

- åldersviktad vårdpeng, 80 procent av 2 760 kr per poäng och år
- ACG (Adjusted Clinical Groups) 20 procent av den åldersviktade vårdpengen
- läkemedelsviktad vårdpeng, 994 kr per läkemedelspoäng och år
- täckningsgrad läkemedelsförskrivning, omfördelning mellan vårdgivarna
- socioekonomisk vårdpeng, 628 kr per socioekonomisk poäng och år
- geografisk ersättning
- ersättning för täckningsgrad
- ersättning för tolkservice
- målrelaterad ersättning
- ersättning för uteblivna patientavgifter (högkostnadsskyddet)
- ersättning/kostnad för besök hos/från andra utförare
- ersättning för kommunalt finansierade särskilda boenden
- sanktioner vid brister i fullgörande av uppdrag se Avtal 24 §

Specifikationer av ersättningarna på detaljnivå finns dessutom under respektive rubrik, se nedan.

Särskilda riktade statsbidrag och regionala satsningar kan tillkomma, enligt samma regelverk i hela Region Gävleborg.

6.2 Utförares kostnadsansvar och ersättnings omfattning

Utföraren har fullständigt kostnadsansvar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som patienter får inom ramen för basuppdraget. Medel för att finansiera kostnadsansvaret tillförs utförarna genom den ersättningsmodell som beskrivs i detta kapitel.

Ersättningsmodellen omfattar också kostnader för den vård som de listade patienterna får hos:

- aktörer som utföraren samverkar med för att genomföra uppdraget
- andra utförare och familjeläkarjourer i länet
- privata allmänläkare och fysioterapeuter som ersätts enligt den nationella taxan

För de besök som sker hos en utförare enligt de två sistnämnda punkterna tillämpas en gemensam prislista, som beskrivs närmare i avsnittet ”Enstaka besök hos andra utförare”. När en utförare utför hälso- och sjukvårdstjänster till listade från andra utförare ger det en intäkt enligt samma prislista.

För besök hos utföraren som görs av personer med skyddad identitet får utföraren ersättning med samma belopp som för patienter som är listade hos annan utförare.

För besök av asylsökande och papperslösa ansvarar utförarna själva för faktureringen. Den ersättning som utföraren har rätt att fakturera för gäller lika för alla utförare.

För besök av utlandssvenskar eller av utländska medborgare gäller regelverket i rapporten [Vård av personer från andra länder | SKR](#). Besök från utländska medborgare faktureras till Region Gävleborg ekonomiservice i Söderhamn, som sedan fakturerar Försäkringskassan för dessa besök. Viktigt att rätt underlag till besöket bifogas fakturan, i annat fall riskerar utföraren att gå miste om ersättningen för de utländska medborgarna.

Någon möjlighet att få ytterligare ersättning för det avsedda uppdraget utöver vad som beskrivs i denna handbok finns inte.

6.3 Ersättningens fördelning för basuppdraget

- åldersviktad vårdpeng 65 procent
- ACG ersättning för vårdtyngd 12 procent
- socioekonomisk ersättning 5 procent
- täckningsgrad andel besök i primärvård 8 procent
- målrelaterad ersättning 3 procent
- ersättning för besök av patienter med frikort eller barn/äldre utan
- patientavgift 7 procent

6.4 Åldersviktad vårdpeng

Åldersvikten baseras på en sex gradig skala efter ålder och kön. Varje åldersgrupp har en åldersvikt för män och en för kvinnor. Respektive åldersvikt multipliceras med den gällande ersättningen. Poäng per åldersgrupp och kön framgår av nedanstående sammanställning:

Åldersgrupp	Poäng kvinnor	Poäng män
0-4 år	0,94	1,00
5-19 år	0,55	0,47
20-49 år	0,94	0,59
50-69 år	1,24	0,99
70-79 år	2,06	1,85
80-w	2,50	2,38

6.5 Läkemedelsviktad ersättning, läkemedelskostnad och dosdispenserade läkemedel

Läkemedelsviktad ersättning baseras på den faktiska förskrivningen av läkemedel hos alla utförare i länet. En könsuppdelning sker för den läkemedelsviktade ersättningen på samma sätt som för den åldersviktade ersättningen.

Läkemedelsviktad poäng per åldersgrupp och kön framgår av nedanstående sammanställning:

Åldersgrupp	Poäng kvinnor	Poäng män
0-4 år	0,24	0,27
5-19 år	0,10	0,09
20-49 år	0,37	0,24
50-69 år	1,48	1,34
70-79 år	2,88	2,62
80-w	4,17	3,72

Den läkemedelsviktade ersättningen jämförs med månadens läkemedelsförskrivning, och 50 procent av mellanskillnaden betalas ut/dras av från utförarens ersättning. Exempel: Månadens läkemedelsviktade ersättning är

100 000 kr. Utförarens förskrivning till Gävleborgare är 90 000 kr. Mellanskillnaden 10 000 kr delas lika mellan utföraren och Hälsovalskontoret, genom att 5 000 kr betalas ut till utföraren.

6.6 Täckningsgrad läkemedelsförskrivning

Täckningsgraden för läkemedelsförskrivningen beskriver utförarens andel av den totala förskrivningen av läkemedel till de listade på utföraren.

Täckningsgraden mäts i DDD (Definierad Dygns Dos). En hög täckningsgrad innebär att utföraren förskriver en större andel av läkemedlen till de listade på utföraren än en utförare med låg täckningsgrad.

Täckningsgraden beskrivs i procent per utförare. Med hjälp av täckningsgraden sker en omfördelning av ersättningen från de utförare med en täckningsgrad under genomsnittet till de utförare som har en täckningsgrad över genomsnittet. Den summa som omfördelas beror på hur stora differenserna är mot den genomsnittliga täckningsgraden, men också på vårdgivarnas antal listade invånare. Om exempelvis två utförare har samma täckningsgrad omfördelas dubbelt så mycket från/till en utförare med 10 000 listade jämfört med en utförare med 5000 listade.

6.7 Socioekonomisk vårdpeng (CNI)

Statistiska Centralbyrån tar varje månad fram ett CNI (Care Need Index) per utförare. CNI består av sju olika variabler. Av dessa sju variabler används fyra för att beräkna den socioekonomiska ersättningen för utföraren. Dessa fyra variabler är:

- utlandsfödda personer, Östeuropa (inte EU), Asien, Afrika och Latinamerika
- arbetslös eller i åtgärd 16-64 år
- ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- lågutbildad 25-64 år (högst 9 årig grundskola eller motsvarande)

Alla listade som uppfyller någon av dessa variabler erhåller en poäng. Utlandsfödda räknas med dubbel poäng, vilket innebär att en person som uppfyller alla fyra variablerna erhåller fem poäng.

6.8 ACG (Adjusted Clinical Groups)

ACG mäter sjukdomsördan i befolkningen per utförare. Sjukdomsördan beräknas via diagnosättning på listade personer, ACG beräknar diagnosättning under 24 månader. Den sammanvägda vikten både från primärvård och sjukhusvård används för beräkning av ersättningen. ACG ersätter 20 procent av den åldersviktade vårdpengen.

ACG-viktningen är relativ, vilket innebär att genomsnittlig vårdtyngd i Region Gävleborg vid varje mättillfälle uppgår till 1,00 oavsett hur den faktiska vårdtyngden utvecklas.

6.9 Geografisk ersättning

Syftet med den geografiska ersättningen är att uppmuntra utförare till att bedriva primärvård utanför de större orterna i länet. Den geografiska ersättningen är en fast ersättning till de utförare som uppfyller fastställda kriterier. Ersättningen varierar dels beroende på var utföraren är placerad och dels beroende på antal listade på utföraren. Utförare som bedriver verksamhet i Nordanstig, Ljusdal, Ovanåker, Ockelbo och Hofors kommuner tillhör geografisk kategori 1. Utförare som bedriver verksamhet i övriga fem kommuner i länet och där avståndet till kommunens huvudort/stad är minst 15 km, tillhör geografisk kategori 2. Ersättningen betalas ut månadsvis efter antal listade. Årlig fast ersättning framgår av nedanstående tabell.

Antal listade	Geografisk kategori 1	Geografisk kategori 2
1 – 3 999	800 000	480 000
4 000 – 7 999	1 100 000	660 000
8 000 -	1 400 000	840 000

6.10 Ersättning för täckningsgrad

Täckningsgradsersättningen syftar till att primärvårdsbesök hos läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer och undersköterskor inom basuppdraget ska utgöra en stor andel av samtliga Regionfinansierade besök hos dessa personalkategorier.

I underlaget för beräkning av täckningsgrad ingår inte besök som sker inom ramen för tilläggsuppdrag. Täckningsgrad under 50 procent ger ingen ersättning. För varje procent från 50 procent utgår ersättning med 1:80 kr/listad och månad. Ersättningen ökar sedan med 1:80 kr/listad och procent upp till max en täckningsgrad på 80 procent. Täckningsgrad över 80 procent ger ingen ytterligare ersättning.

Om inte Hälsovalets budgeterade nivå på ersättningen uppnås, kommer ett schablonbelopp upp till den budgeterade nivån för täckningsgrad att betalas ut fyra gånger under året. Schablonbeloppet betalas procentuellt ut efter den utbetalda ersättningen för täckningsgrad.

Täckningsgraden beräknas enligt följande:

Besök hos läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer och undersköterskor ingår vid beräkning av täckningsgrad.

Läkarbesöken, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologers besök räknas som 1,0. Undersköterskors besök räknas som 0,25.

Täljaren = de listade gävleborgarnas alla besök på primärvårdsnivå hos ovanstående personalkategorier hos offentligt finansierade utförare i länet.

Nämnamnaren = de listade gävleborgarnas samtliga besök i täljaren samt alla övriga öppenvårdsbesök hos samma personalkategorier, hos samtliga offentligt finansierade utförare i länet.

6.11 Ersättning för besök där tolk har använts

I syfte att kompensera utförare som har många patienter som inte talar svenska, utgår ersättning till utföraren för tolkkostnaden, när tolk med Regionavtal har använts.

Besök där tolkning har utförts utan att utföraren belastats med någon kostnad för tolkning ersätts inte. Det gäller exempelvis när tolk anlitas åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade eller talskadade personer som ersätts av Region Gävleborg på annat sätt samt om vårdpersonal har utfört tjänsten.

Tolkning till asylsökande faktureras på samma sätt som besök av asylsökande.

6.12 Målrelaterad ersättning för basuppdraget

Inom basuppdraget kan upp till 3 % av den totala ersättningen för basuppdraget erhållas som målrelaterad ersättning. Ersättningen utgår för de områden som anges nedan. Den målrelaterade ersättningen kopplas, där så är möjligt, till vårdenhetens storlek genom ett angivet maximalt antal utförda åtgärder baserat på antalet listade på utföraren. Områden för målrelaterad ersättning revideras årligen.

De aktiviteter som ingår i de målrelaterade ersättningarna är aktiviteter som ingår i samtliga vårdgivarnas basåtagande.

Följande områden har fastställts för 2024:

- hälsosamtal 40-åringar
- fördjupad läkemedelsgenomgång
- beroendeframkallande läkemedel
- antibiotikaföreskrivning
- kvalitets/utvecklingsarbete hos utföraren
- hembesök

Detaljerad beskrivning av kvalitetsindikatorernas syfte, mål och ersättning finns på Hälsovalets hemsida.

[Målrelaterad ersättning - Region Gävleborg](#)

6.13 Nationellt eller regionalt utvecklingsarbete

Utföraren ska i samarbete med Region Gävleborg kontinuerligt bedriva utvecklingsarbete.

Region Gävleborg har rätt att varje år utan kostnad avropa 10 timmar från varje utförare per 1 000 listade individer och den personalkategori som krävs för att bemanna centrala projekt och arbeten, till exempel delta som expert i referensgrupper kring verksamhet, avtals- och ersättningsfrågor eller arbeten som rör samarbetsytor mellan primärvård och specialistvård.

Deltagande i utvecklingsarbete på primärvårdsnivå beslutat av chefen för Hälsoval.

6.14 Patientavgifter

Utföraren ska av patienter ta ut avgifter för hälso- och sjukvård, enligt de regler och belopp som Region Gävleborg beslutat i den så kallade Avgiftshandboken.

Endast de patientavgifter som tas ut vid besök som sker till följd av sjukdom, misstanke om sjukdom eller skada ingår i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård. Följsamheten till Region Gävleborgs regelverk är grundläggande för att alla patienter ska behandlas lika.

Avgiftshandboken gäller även vaccinationer, intyg och hälsoundersökningar när de finns beskrivna i denna.

Patientavgifterna behålls av utföraren.

Region Gävleborg ersätter uteblivna patientavgifter enligt Avgiftshandbokens regler.

Utföraren ersätts inte för uteblivna patientintäkter som beror på att patienten låter bli att betala avgifter enligt Region Gävleborgs avgiftsregler. Utföraren har heller inte rätt till ersättning för återbetald patientavgift, t. ex om en patient får vänta mer än 30 minuter efter utsatt tid. Debiterad avgift för uteblivet besök enligt avgiftshandboken tillfaller utföraren.

Om inte den budgeterade nivån på ersättningen för uteblivna patientavgifter uppnås, kommer ett schablonbelopp upp till den budgeterade nivån att betalas ut maximalt fyra gånger under året. Schablonbeloppet betalas ut efter antalet listningspoäng.

6.15 Enstaka besök hos andra utförare

Varje utförare har kostnadsansvar för den verksamhet som bedrivs vid den egna utföraren, men också för besök som utförarens listade invånare gör hos:

- andra utförare i länet än den där personen är listad
- familjeläkarjourer i länet
- utförare med vårdavtal gällande insatser som ingår i utförarens åtagande
- specialist i allmänmedicin eller fysioterapeut som bedriver verksamhet enligt nationella taxan (ers enl. LOL och LOF)

Utförare får inte registrera besök för vaccinationer, intyg eller hälsoundersökningar så att ersättning för enstaka besök utfaller.

Besök hos annan region på primärvårdsnivå så kallade utomlänsbesök betalas av Hälsovalskontoret.

Kostnaden för enstaka besök hos annan utförare eller läkare/fysioterapeut på den nationella taxan, se gällande prislista.

För besök från patienter med skyddad identitet, och patienter från Gävleborg som inte är listade hos någon utförare i länet, får mottagande utförare ersättning från Hälsovalskontoret enligt gällande prislista.

[Prislistor - Region Gävleborg](#)

6.16 Besök från utomlänspatienter

När utföraren får besök från personer från andra län får utföraren ersättning från Hälsovalskontoret för besöket. Ersättningen för besöket fastställs årligen av Samverkansnämnden för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.

6.17 Ersättning för kommunalt finansierade särskilda boenden

Utförare som ansvarar för läkarinsatser vid kommunala boenden får ersättning för det åtagande som finns reglerat mellan utföraren och kommunen. Ersättningen avser att täcka merkostnader för läkartiden och för de läkemedelsrekvisitioner som görs till boendet.

Ersättning utgår per plats och år med 4 100 kr per permanent plats, 12 000 kr per korttidsplats och med 1 200 kr per LSS-plats. Akuta korttidsplatser upp till tre månader ersätts med 12 000 kr per plats. Akuta besök på särskilda boenden ersätts som enstaka besök.

6.18 Ersättning för tilläggsuppdrag BVC

Utförare som erbjuder BVC får olika ersättning beroende på barnets ålder. Under barnets första levnadsår genomförs ett stort antal besök, vilket motiverar en betydligt högre ersättning för barn som ännu inte fyllt 1 år. Ersättningen för dessa barn är 10 020 kr per barn och år. För barn 1-5 år är ersättningen 1 710 kr per barn och år.

Ersättningen baseras på de barn som vid månadsskiftet är inskrivet vid utförarens BVC. Utöver detta får varje utförare en socioekonomisk ersättning med 110 kr per socioekonomisk poäng utifrån utförarens socioekonomiska index avseende utlandsfödda och ensamstående med barn.

6.19 Målrelaterad ersättning tilläggsuppdrag BVC

Målrelaterad ersättning betalas ut för:

- hembesök till nyfödda
- hembesök vid åtta månaders ålder
- genom generell screening av riskfaktorer avseende karies, erbjuds ett riktat tredjebesök vid femton månaders ålder till de barn som bedöms ha risk för att utveckla kariessjukdom. Dessa besök genomförs tillsammans med folktandvården
- hembesök till familjer med ett utökat behov av råd och stöd i sin hemmiljö och/eller utifrån det enskilda barnets behov

6.20 Kostnadsansvar för läkemedel

Utföraren har kostnadsansvar för läkemedel som rekvireras till utföraren och kostnader för dosdispenserings-tjänsten. I Region Gävleborg tillämpas ett kostnadsansvar baserat på förskrivning, vilket innebär att varje förskrivare betalar för läkemedel som förskrivits.

Utföraren har även ansvar och kostnader för läkemedel i de så kallade akutförråden (särskilt boende) samt utökat akutförråd (korttidsboende). För hemsjukvården har utföraren på samma sätt ansvar inom sitt närområde för läkemedel som används vid akuta behov inom hemsjukvården.

7 Allmänna villkor/Övrigt

7.1 Medicinsk diagnostik

Utföraren ska ansvara för att patienter får medicinskt nödvändiga laboriemedicinska, klinisk fysiologiska, röntgendiagnostiska och liknande undersökningar, utifrån den tolkningskompetens som det allmänmedicinska åtagandet omfattar.

Utföraren kan teckna avtal med Region Gävleborgs enheter för medicinsk diagnostik eller annan underleverantör för medicinsk service som ska vara ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring.

Laboratorier i egen regi ska vara ackrediterade av Swedac eller ha motsvarande kvalitetssäkring.

Vid de fall där utföraren köper diagnostiska tjänster av Region Gävleborg ska elektroniska remisser användas i de fall det är möjligt. Analysmetoder som fastslås i Region Gävleborgs laboriemedicinska råd ska gälla alla aktörer som anlitas inom laboriemedicin. I praktiken innebär det att referensvärdena som används av Region Gävleborgs verksamheter ska användas av alla utförare.

Utföraren ska ansvara för att externa provtagningar och preoperativa bedömningar ordinerad av annan remittent utförs. Ersättning för externt provtagningsunderlag enligt prislista. Remittenten har tolkningsansvar för ordinerade prover.

7.2 Provtagning- digitala vårdbesök utomlans

För Region Gävleborgs befolkning som söker vård via digitala-tjänster i primärvård ska utföraren ansvara för provtagning. För att utföraren ska genomföra provtagning ska remittenten tillhandahålla remiss. Remittenten har tolkningsansvar för den ordinerade provtagningen.

Patienten ska inte debiteras någon patientavgift för provtagningen.

Utföraren ska i stället kräva provtagningskostnaden av remittenten. Laboriemedicin debiterar remittenten för analyskostnaden enligt prislista.

7.3 Remisser

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), samt Region Gävleborgs riktlinjer. Remisser ska hålla god kvalitet och utredning inom det allmänmedicinska kompetensområdet ska vara gjord. Om gällande styrdokument för arbetsfördelning finns ska det vara vägledande.

7.4 Sjuk- och behandlingsresor

Utföraren ska följa Region Gävleborgs riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

[Sjukresor i Gävleborg](#)

7.5 Tolk

Utföraren ska tillhandahålla godkänd alternativt auktoriserad tolk då patienten inte förstår eller kan uttrycka sig på det svenska språket. I de fall där så är möjligt ska telefontolk användas. Endast när tolkar med Regionavtal används, ersätts utföraren med fakturerad kostnad för tolkning. Anlitas annan språktolk får utföraren själv stå för den kostnaden.

7.6 Journal

Utföraren ska upprätta, hantera patientjournaler och personuppgifter enligt gällande lagar och förordningar. Utföraren ska registrera diagnoser och vårdkontakter i patientjournalen enligt Region Gävleborgs riktlinjer, terminologi, struktur, rutinbeskrivningar, och mallar.

Privata utförare är personuppgiftsansvariga vilket innebär att denne ensam ska bestämma ändamålen med, och medlen för behandlingen av personuppgifter.

Utföraren ska följa Region Gävleborgs riktlinjer och anvisningar för sammanhållen journalföring. Region Gävleborg tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen journalföring, inklusive den nationella patientöversikten, med privata utförare.

Utföraren ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan utförare och patient, vid överföring av personuppgifter till annan utförare.

Utföraren ska lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Gävleborgs regler.

Utföraren ska följa Socialstyrelsens och Region Gävleborgs riktlinjer och praxis för registrering av diagnoskoder. Verksamhetschefen är ansvarig för att personalen har den kunskap som behövs. Verksamhetschefen är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktig registrering av diagnoskoder.

Utföraren ska använda det journalsystem som Region Gävleborg beslutar, för närvarande PMO, under 2024 kommer journalsystemet att bytas ut. Mall för PUB-avtal finns under:

[Administrativa dokument - Region Gävleborg](#)

7.7 Intyg

Utföraren ansvarar för att utfärda vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, utlåtande till Försäkringskassan och andra patientrelaterade intyg när myndigheter efterfrågar

sådana, i enlighet med Region Gävleborgs vårdgivardirektiv. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd vid sjukskrivning bör beaktas.

[Försäkringsmedicinskt stöd socialstyrelsen.se](https://www.socialstyrelsen.se/forsakringsmedicinskt-stod)

7.8 Allvarlig händelse och katastrofberedskap

Samtliga utförare som ingår i hälsovalssystemet ingår i Region Gävleborgs Civilberedskap. Utföraren är skyldig att upprätthålla och säkerställa samhällsviktig verksamhet, även när risker och hot realiserar. Region Gävleborgs strategiska inriktning vid särskilda- och extraordinära händelser samt vid höjd beredskap är beslutad i fullmäktige och beskrivs i Beredskapsplan Region Gävleborg. Utföraren är skyldig att följa denna gällande bland annat planering, hantering och uppföljning av särskilda- och extraordinära händelser.

Vårdgivarna ska särskilt vid stor olycka med stort skadefall ha en beredskap att vid behov:

- vara mottagande enhet för att ta emot lätt skadade patienter
- vara uppsamlingsplats för skadade
- ha möjlighet att bistå med psykosocialt omhändertagande
- Vid sådan händelse och begäran av aktivering kommer larmet antingen från TiB (Tjänsteman i Beredskap) eller Särskild sjukvårdsledning

Varje utförare ska ha en plan/rutin som aktiveras vid en särskild händelse, denna plan får inte avvika från det som beslutats i Beredskapsplan Region Gävleborg samt Länsplan för katastrofmedicinsk beredskap. Planen/rutinen ska revideras årligen eller vid behov.

[Länsplan för katastrofmedicinsk beredskap - Region Gävleborg](#)

7.9 Samverkansdokument

Region Gävleborg ska upprätta gränssnitten mellan specialistvård, primärvård och kommuner i olika samverkansdokument som även beskriver ansvars- och arbetsfördelning samt kostnadsansvar. I samband med framtagandet av dokumenten ska berörda verksamheter få möjlighet att ge synpunkter och delta i processen. Denna typ av dokument kommer att revideras och utvecklas fortlöpande.

Samverkan på övergripande nivå med länets kommuner i första hand sker via Länsledningen.

7.10 Patientsäkerhet

Utföraren ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utföraren ska utse en anmälningsansvarig enligt Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Utföraren kan få stöd från Region Gävleborgs lex Maria-ansvariga.

Utföraren ska medverka i enskilda patientärenden och biträda patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

Utföraren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Utföraren ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden. Detsamma gäller för deltagande i risk- och händelseanalysutredning där patient riskerat att utsättas för risk och eller skada.

Kopia på anmälan enligt Lex Maria ska omedelbart skickas till Hälsovalskontoret. Anmälningsansvarig ska även ansvara för att informera patient eller anhörig om anmälan enligt Lex Maria och Inspektionen för vård och omsorgs beslut i ärendet.

7.11 Patientnämnd

Region Gävleborgs patientnämnd handlägger ärenden som rör den hälso- och sjukvård som utföraren svarar för. Utföraren ska snarast och utan kostnad ge nämnden de informationer som efterfrågas och svara på ställda skrivelser som begärs. Svaren ska vara författade på svenska språket.

Utföraren ska vara behjälplig med detta i upp till 24 månader efter avslutat uppdrag. Information om patientnämnden ska finnas tillgänglig för patienterna på utföraren.

7.12 Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan utföraren bedriva en del av sin verksamhet vid en filial på annan adress inom sitt geografiska närområde.

Utföraren har däremot inte rätt att öppna en filialverksamhet i annat närområde än det tilldelade.

Med filial menas en underavdelning till utförarens huvudmottagning i annan lokal än där huvudmottagningen finns. En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är det också för filialen.

Utföraren ansvarar för att patienter med behov av vård som inte kan ges på filialen erbjuds den vården på huvudmottagningen. Om filialen inte har öppet i samma omfattning som huvudmottagningen ska utföraren se till att patientens behov av vård erbjuds på huvudmottagningen under ordinarie öppettider.

Utföraren ansvarar för att det tydligt framgår att filialen är en underavdelning till huvudmottagningen. Filialer är inte valbara och tas därför inte med i Region Gävleborgs förteckning över valbara utförare.

Vård vid en filial rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudmottagningen.

7.13 Marknadsföring

Varje utförare ansvarar för att följa Region Gävleborgs och SKRs riktlinjer för marknadsföring. Se Bilaga 1. All information och marknadsföring ska ha en tydlig avsändare. Region Gävleborgs roll som uppdragsgivare ska framgå i alla relevanta sammanhang.

För att signalera att utföraren arbetar på uppdrag av Region Gävleborg ska alltid symbolen med X:et i Region Gävleborgs logotyp och budskapet "På uppdrag av Region Gävleborg" (privatdrivna utförare) alternativt budskapet "En del av Region Gävleborg" (regiondrivna utförare) användas i kommunikationen med invånare och patienter. Det omfattar allt informationsmaterial i tryckt och digital form.

Det ska vara enkelt och tydligt kunna se vilka utförare som är godkända och möjliga att välja.

- Utföraren ska medverka till att Region Gävleborg kan ge invånarna grundläggande information om utföraren på 1177.se och Hälsovalets webbsida.
- Utföraren ansvarar för att de egna uppgifterna i Region Gävleborgs informationsmaterial och på 1177.se är korrekta och aktuella.
- Utföraren äger rätt att i sin marknadsföring av och information om verksamheten ange att avtal slutits med Region Gävleborg.
- Dataskyddsförordningen ska följas vid all marknadsföring till invånare.

Politisk information ska inte förekomma i väntrum eller andra lokaler där patienten uppehåller sig. Information från patientföreningar ska finnas på en tydligt anvisad plats.

7.14 Inhämtande av adressuppgifter

Enligt patientdatalagen (2008:335) är det inte tillåtet att använda uppgifter från datasystem i syfte att inhämta adressuppgifter i samband med utskick till invånare som inte aktivt valt utföraren. Det gäller exempelvis för marknadsföring för den egna utföraren.

7.15 Information

Utföraren och Region Gävleborg har ett ömsesidigt ansvar att samråda och informera om verksamhetsförändringar som påverkar invånarnas tillgång till vård och service eller samarbetet mellan Utföraren och Region Gävleborg.

Utföraren ska bland annat informera Region Gävleborg om ändrade ägarförhållanden, samt byten av verksamhetschef, vårdenhetschef/enhetschef, medicinskt ansvarig läkare och underleverantörer, kontaktuppgifter och grundutbud. Utföraren har ett eget ansvar för att informera om sin verksamhet till invånare, patienter, samverkansparter och andra intressenter.

Utföraren ska använda hälso- och sjukvårdsinformation från 1177.se i kontakten med patienter. Informationen som finns på 1177.se är kvalitetssäkrad och patientberoende.

8 Informationshantering och it

8.1 Informationshantering och informationssäkerhet

Patientdatalagen (2008:355) och Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation reglerar och möjliggör för utförare att med hjälp av IT-stöd stärka samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer.

Regelverken syftar till att skapa en reglering som ska bidra till ökad patientsäkerhet och tillgodose ett starkt integritetsskydd.

Ytterligare anvisningar lämnas även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

- Utföraren ska se till att gällande lagar, förordningar och regelverk angående informationshantering och informations- och it-säkerhet efterlevs och att vårdinformation hanteras enligt lagar, föreskrifter och regler
- Patientuppgifter, journalhandlingar, patientadministration, samt administrativa uppgifter om verksamheten, statistik och ekonomi ska vara kompatibel och uppföljningsbar mellan utföraren och Region Gävleborg.
- Utförarens vårdinformation ska vara kvalitetssäkrad, lättillgänglig och följa en gemensam informationsstruktur.
- Utföraren ska följa de riktlinjer, begrepp och termer för den vårdadministrativa informationen som beslutats av Region Gävleborg.
- Utföraren ska leverera information som är beständiga enligt Region Gävleborgs ställda krav.
- Utföraren är skyldig att så långt möjligt och i god tid informera motparten om tillfälliga eller permanenta förändringar i den egna verksamheten t.ex. stängningar eller strukturella förändringar som påverkar hanteringen av journalinformation.
- Utföraren ansvarar för att tillse en fortsatt korrekt hantering av journalinformation om de inte längre avser att tillhandahålla vård inom Region Gävleborg (Se §26 i Avtal)

Särskilda krav avseende informationssäkerhet och dataskydd.

- Utföraren måste informera patienter och personal om hur behandlingen av personuppgifter sker, vilket innebär bland annat hur de journalförda uppgifterna hanteras, inhämtande av samtycke samt information om säkerhet och sekretess.

- Utföraren ansvarar för att samtliga medarbetare som arbetar under deras ledning får utbildning och information avseende grundläggande informationssäkerhet och lagar, föreskrifter, upprättade regler och fastställda rutiner som reglerar åtkomst till patientinformation.
- Utföraren ansvarar för att tillse att teckna personuppgiftsbiträdesavtal.
- Personuppgiftsbiträdesavtalet reglerar Region Gävleborgs skyldigheter som personuppgiftsbiträde gentemot privata utförare som är personuppgiftsansvariga.
- Utföraren ansvarar för att följa gemensamma styrdokument angående informationshantering och
- Informationssäkerhet som Region Gävleborg tillhandahåller.
- Utföraren ansvarar för att informera patienter om sammanhållen journalföring.
- Utföraren ansvarar för att hantera begäran från patient, exempelvis avseende spärrar, begäran om att inte ingå i sammanhållen journalföring och loggutdrag.
- Utföraren ansvarar för att genomföra uppföljning och kontroll av åtkomst till patientinformation (loggkontroller)
- Region Gävleborg ansvarar för att systemstöd uppfyller de tekniska förutsättningarna för åtkomstkontroll och vilka krav som ställs på loggarna i 4 kap. 9 § i HSLF-FS 2016:40
- Utföraren ansvarar för att samverka vid misstanke om otillbörlig åtkomst
- Utföraren ansvarar för att följa Region Gävleborgs regelverk för behörighetstilldelning

8.2 It miljö

8.2.1 It miljö hos utföraren

Utföraren kan ansvara för sin egen lokala it-miljö, och ansvarar då också för att anpassa den egna system-/hårdvarumiljön så att man kan få tillgång till de system som nämns nedan. Anpassningarna kan gälla integrationer, webbläsare, eget kassa/faktureringsystem eller hårdvara. Kostnader för dessa anpassningar bekostas av utföraren.

Region Gävleborg åtar sig att kravställa den lokala it-miljö som behövs för att få access till de obligatoriska produkterna vilket innebär att leverantören behöver ha tillräckligt god prestanda. Regionens IT-enhet kan vara behjälplig vid frågor.

Som ett alternativ kan utföraren till självkostnadspris använda sig av samma it-miljö som offentliga utförare.

8.3 Obligatoriska it-produkter

Obligatoriska it-produkter/tjänster tillhandahålls kostnadsfritt och supporteras, utbildas kring samt underhålls av Region Gävleborg.

Alla utförare ska använda följande system utifrån samma struktur och arbetssätt som sker inom Region Gävleborg:

- Journalsystem (för närvarande PMO)
- Uppföljningssystem (för närvarande Medrave)
- System för samordnad individuell plan (för närvarande Lifecare)
- Plattform för Digitala vårdmöten (för närvarande Min vård Gävleborg)
- Regionwebben för informationsinhämtning
- Bildhantering inom hudcancerflödet (för närvarande Picsara)
- E-tjänstekort
- HES
- It-grundplattform (hanterar identitet, säkerhet, befolkningsregister m.m.)
- Svarsdatabas (BOS, för närvarande Soarian, integrerat med PMO)
- Vaccinationssystem (för närvarande Mitt Vaccin, integrerat med PMO)

8.4 Valbara it-produkter

Region Gävleborg erbjuder dessutom valbara it-produkter till samma pris som regiondrivna verksamheter. Utföraren kan beställa dessa och blir debiterade efter separat överenskommelse med Region Gävleborgs IT-förvaltning. Beställning av valbara produkter görs till IT-support.

9 Avtal, Ansökan och Godkännande

(Separat publicerade Hälsovals webbsida [Handbok - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se))

Avtal för Hälsoval Region Gävleborg

Ansökan om avtal för Hälsoval Region Gävleborg

Ansökan om godkännande för Hälsoval Region Gävleborg

Handbok för Hälsoval i Region Gävleborg 2024 är fastställt av Ulrika Weglin på uppdrag av regionfullmäktige efter beslut vid regionfullmäktiges sammanträde 21 juni 2023, § 195.

Beslutsärende: Boendeplan för
särskilt boende för äldre -
2024-2028 med utblick mot
2035

13

23ON490



Tjänsteskrivelse

2024-01-31

Diarienummer: 23ON490

Handläggare:

Anna Åkerbris
026-17 80 00
anna.akerbris@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Boendeplan för särskilt boende för äldre 2024 – 2028 med utblick mot 2035

Förslag till beslut

Att anta framlagt förslag till boendeplan för särskilt boende för äldre 2024 - 2028 med utblick mot 2035 utifrån nämndens ansvarsområde,

Att hemställa att kommunstyrelsen beslutar vidta erforderliga plan- och genomförandeåtgärder så att beståndet av särskilda boenden kan anpassas enligt den fastställda boendeplanen, samt

Att hemställa att nödvändiga investerings- och driftskostnader förknippade med anpassningen av beståndet av särskilda boenden enligt den fastställda boendeplanen beaktas i kommunens års- och långtidsbudgetar.

Ärendebeskrivning

Välfärd Gävles boendeplan är sektorns förslag på hur beståndet av särskilda boenden för äldre ska anpassas till behovet under aktuell planeringsperiod. Dokumentet utgör också en del i kommunens övergripande budgetarbete samt planering för mark- och planberedskap. Dokumentet omfattar planering utifrån nuvarande och uppskattat behov av särskilda boenden för äldre under planeringsperioden 2024 - 2028 med utblick mot 2035.

Särskilt boende är ett samlingsnamn för de boendeformer som kommunen beviljar enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Särskilt boende för äldre är det som tas upp i denna boendeplan.

Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform enligt Socialtjänstlagen. Kommunerna är enligt 5 kapitlet 5 § i Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.

Boendeplanen visar att det finns ett litet förväntat behov av vård- och omsorgsboenden fram till år 2035. Det finns dock ett flertal faktorer som påverkar hur stort eller litet behovet av nya vård- och omsorgsboenden kommer att vara i framtiden och att behovet kan komma att förändras under perioden fram till 2035. Till exempel flera nya typer av boendelösningar, samt hur Gävle kommun tillämpar kvarboendeprincipen, kan komma att påverka denna plan, även om antalet äldre blir fler. Utifrån den information vi idag har så gör Valfärd Gävle dock bedömningen att det är mest troligt att Gävle kommun kommer att ha en överkapacitet på vård- och omsorgsboendelägenheter, som minskar succesivt fram till år 2035.

Under hösten 2023 började kunder flytta in i det nybyggda vård- och omsorgsboendet på Hemlingborg som drivs i egen regi med totalt 60 lägenheter och även 20 lägenheter som nyttjas för avlösningvistelse för äldre.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Valfärd

Boendeplan för särskilt boende - för äldre

2024 – 2028 med utblick mot 2035

Omvårdnadsnämnden

Dnr 23ON490, 2024-02-02

Boendeplan för särskilt boende

- för äldre

2024 - 2028 med utblick mot 2035

Omvårdnadsnämnden

Dnr 23ON490

2024-02-02

Välfärd Gävle, utveckling och stöd

Anna Åkerbris, Boendeplanerare

www.gavle.se

Innehåll

1.	Sammanfattning	4
2.	Bakgrund och definitioner	5
3.	Särskilda boenden för äldre – bestånd och nuläge	5
3.1	Vård- och omsorgsboenden	5
3.2	Kvarboendepincipen	8
3.2.1	Vård- och omsorgsboende eller hemtjänst?	9
3.3	Avlösningvistelse för äldre SoL	10
4.	Vård- och omsorgsboenden – behov	11
5.	Vård- och omsorgsboenden – utblick mot 2035	12
5.1	Inriktningar på vård- och omsorgsboenden	12
5.2	Påverkande faktorer för behovet av särskilt boende	13

1. Sammanfattning

Särskilt boende är ett samlingsnamn för de boendeformer som kommunen beviljar enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Särskilt boende för äldre är det som tas upp i denna boendeplan. Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform enligt Socialtjänstlagen. Kommunerna är enligt 5 kapitlet 5 § i Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.

Boendeplanen visar att det finns ett litet förväntat behov av vård- och omsorgsboenden fram till år 2035. Det finns dock ett flertal faktorer som påverkar hur stort eller litet behovet av nya vård- och omsorgsboenden kommer att vara i framtiden och att behovet kan komma att förändras under perioden fram till 2035. Till exempel flera nya typer av boendelösningar, samt hur Gävle kommun tillämpar kvarboendeprincipen, kan komma att påverka denna plan, även om antalet äldre blir fler. Utifrån den information vi idag har så gör Valfärd Gävle dock bedömningen att det är mest troligt att Gävle kommun kommer att ha en överkapacitet på vård- och omsorgsboendelägenheter, som minskar succesivt fram till år 2035.

Under år 2020 har privata vårdgivare byggt två externt drivna vård- och omsorgsboenden inom Gävle kommun, med totalt 174 nya lägenheter, vilket inneburit ett överskott på lägenheter i år och även de närmsta åren. Valfärd Gävle öppnade också ett nytt vård- och omsorgsboende i egen regi i Södra Hemlingby med 60 lägenheter där inflyttning sker från hösten 2023 med 30 lägenheter och resterande 30 platser öppnar under april 2024, fördelat på 20 demens och 10 somatik.

Köp av plats-avtalen för vård- och omsorgsboenden är i nuläget förlängda till 2025-05-31 och förlängs automatiskt med den sista optionsperioden på två år till och med 2027-05-31 om inte annat beslutas senast 2024-08-31 (9 månader innan). Allt tyder på att dessa avtal förlängs till slutdatum 2027-05-31.

Valfärd Gävle har ett omförhandlat entreprenadavtal med Vardaga (avtalet gäller nu endast Sjötte tvärgatan 26, efter avveckling av Tallåsvägen 22) som är förlängt till slutdatum 2025-09-30. När det gäller entreprenadavtalet med Förenade Care (Vinddraget 14) så finns det en optionsperiod kvar, för perioden 2024-11-01 – 2026-10-31. Avtalet förlängs med den perioden om inte annat beslutas/meddelas senast 2024-01-31 (9 månader innan).

Inga nya upphandlingar för köp av plats på vård- och omsorgsboende är således aktuella under de närmaste åren, om inte förslag läggs fram dessförinnan till Omvårdsnämnden om att göra ny kompletterande upphandling av köp av plats på vård- och omsorgsboende.

Något nytt vård- och omsorgsboende i egen regi finns inte heller i planeringen för de närmaste åren.

2. Bakgrund och definitioner

Välfärd Gävles boendeplan för särskilt boenden för äldre - 2024 – 2028 med utblick mot 2035 - Omvårdnadsnämnden, behandlas och antas av Omvårdnadsnämnden utifrån nämndens ansvarsområden, se nedan;

Särskilt boende för äldre beviljas i form av *vård- och omsorgsboende* enligt 4 kap 1 § SoL och är det som tas upp i denna boendeplan. *Senior- och trygghetsbostäder* är boendeformer för äldre i det ordinarie bostadsbeståndet – dessa boendeformer ansvarar inte Omvårdnadsnämnden för.

3. Särskilda boenden för äldre – bestånd och nuläge

3.1 Vård- och omsorgsboenden

Boenden	2023-10-31		2023-10-31	
	Antal LGH	Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
Vallongården <i>+3 korttidsplatser</i>	93	2	46	45
Fleminggatan	55	8	0	47
Forellplan <i>+3 korttidsplatser</i>	117	2	58	58
Hilleborg	50	1	34	15
Selggrensgården	62	0	18	44
Furugården <i>(varav 16 platser finsk inriktning)</i>	123	0	64	59
Solberga	36	0	23	13
Ängslyckan	27	0	17	10
Gävle strand	68	1	39	28
Solgårdsgatan	44	0	22	22
Hemlingborgs VåBo	30	0	10	20
Summa egen regi	705	14	331	361

Boenden	2023-10-31	2023-10-31	2023-10-31	2023-10-31
<u>LOU upphandlad entreprenad</u>	Antal LGH	Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
Sjätte Tvärgatan 26(Vardaga)	54	1	27	26
Vinddraget 14 (Förenade Care)	64	7	29	30
Summa LOU upphandlad entreprenad	118	8	56	56
<u>LOU upphandlade lägenheter (köp av plats)</u>	Antal LGH	Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
Södra Centralgatan (Humana med total 88 lgh)	88	1	51	36
Pukslagarvägen (Attendo med totalt 54 lgh)	54	1	18	35
Villa Vallonen (Opalen Vård med totalt 54 lgh)	54	0	0	54
Sätträåsen (Frösunda med totalt 72 lgh)	54	3	23	28
Murégatan (Attendo med totalt 102 lgh)	102	1	46	56
Köp enstaka platser annan kommun	2	0	0	2
Summa LOU upphandlade lägenheter	354	6	138	211
Totalt antal lägenheter	1177	28	525	628

Antal platser, här ovan, kan överskrida antalet lägenheter eftersom det förekommer parlägenheter – där en lägenhet kan husera två personer (platser)

Nedan redovisas köpta platser i Gävle kommun (ingår även i tabell ovan), för 2020 - 2022-08-31.

LOU upphandlade lägenheter i Gävle kommun (köp av plats)	2020 2020-12-31	2021 2021-08-31	2022 2022-08-31	2023 2022-10-31
Södra Centralgatan (Humana)	88	88	88	88
Pukslagarvägen (Attendo)	54	54	54	54
Villa Vallonen (Opalen Vård)	54	54	54	54
Sätträåsen (Frösunda)	18	36	45	54
Murégatan (Attendo)	45	69	100	102
Köp enstaka platser annan kommun	3	3	3	2
Totalt antal lägenheter	262	304	344	354

I och med det valfrihetssystem som Gävle kommun har, så kan ett önskemål om ett särskilt boendialternativ göra att väntetiden för att få en lägenhet bli lång på de populäraste boendena – annars finns det god tillgång till lägenheter och det finns ej skäl för kö om boendialternativet ej är avgörande för brukaren/kunden.

Det är främst personer i enmanshushåll som söker biståndsbeslut för särskilt boende. Då och då söker par gemensamt och bara någon enstaka gång kommer ansökan om medboende. Det framkommer på beredningar att de som söker bistånd ofta verkligen har utrett och provat olika lösningar innan det blir aktuellt med ansökan om särskilt boende såsom; dagverksamhet, utökad hemtjänst, kontakt med hälso- och sjukvården för att höra vad som gjorts och vad mer som kan göras, och andra möjliga anpassningar i hemmet. Att bostaden inte är tillgänglighetsanpassad är inte ett ensamt skäl att bevilja bistånd för boende och var och en har ett eget ansvar för att bo på ett tillgängligt sätt.

Statistik från RKA – Koll på äldreomsorgen¹ (från 2022) visar att Gävle kommuns befolkning över 65+ nyttjar betydligt fler timmar av hemtjänst (70 timmar/ hemtjänsttagare) månaden innan inflytt till vård- och omsorgsboende, än vad liknande kommuners invånare gör (56,4 timmar/hemtjänsttagare).

Brytpunkten för när hemtjänst blir dyrare än att flytta in på särskilt boende i Gävle kommun är 128 beviljade hemtjänsttimmar per månad, medan de i liknande kommuner, vid 2022 års boendepän, hade en brytpunkt på redan 77,7 beviljade hemtjänsttimmar per månad. Detta skulle kunna visa på att Gävle kommun erbjuder mer stöd och hjälp tidigare inom hemtjänsten än liknande kommuner, till ett lägre pris, vilket skulle kunna göra det möjligt för individen att bo kvar hemma något längre, eller nyttja hemtjänstservice för till exempel städning.

¹ <https://rka.nu/download/18.2d9ee279183d14f8d0421cd6/1666004396031/Koll-aldreomsorgen-2021-uppdatt-20221014-TGA.xlsx>

Men det skulle samtidigt även kunna visa på att man vid tidigare ålder blir så pass hjälpbehövande att hemtjänsten inte räcker till och att vård- och omsorgsboende blir det bättre alternativet.

En annan förklaring till den yngre åldern för inflytt skulle bara kunna vara ett tecken på att det finns god tillgång till vård- och omsorgslägenheter inom Gävle kommun så att möjligheten till sådant boende finns tillgängligt, oberoende ålder (+65), medan liknande kommuner kan ha åldersgräns för ansökningar till deras vård- och omsorgsboenden (t.ex. 85 år+), vilket skulle kunna göra att snittåldern för inflytt är högre och därmed också tillgängligt för en mindre andel av den äldre befolkningen, vilket ger en mindre andel boende på vård- och omsorgsboenden jämfört med Gävle kommuns andel.

Att brytpunkten för hemtjänst/vård- och omsorgsboende ligger på 128 timmars hemtjänst, medan det i snitt flyttas in på ett boende redan efter 70 timmars hemtjänst, genererar en högre kostnad för kommunen, än om hemtjänst skulle bedrivas för individen fram till den idag gällande brytpunkten. Kan Valfärd Gävle påverka förutsättningarna ytterligare för möjlighet till kvarboende under något längre tid än idag?

3.2 Kvarboendepincipen

Valfärd Gävle ska enligt kvarboendepincipen möjliggöra kvarboende för de äldre och enligt Valfärd Gävles långsiktiga planering för år 2026 ska kvarboendepincipen vara utvecklad, tydliggjord och kriterierna kända. Det ska även finnas en samsyn i organisationen kring kriterierna. Principen anger att Valfärd Gävle år 2026 har en god förmåga att hantera kvarboende för individer med omfattande behov, samtidigt som det finns tydlighet i när andra insatser behövs, för att möta individens behov. Kvarboendepincipen har också tagit hänsyn till social och ekonomisk hållbarhet.

Information från Kolada visar att 4,6% av Gävle kommuns befolkning över 65 år bodde på vård- och omsorgsboende år 2020. År 2021 hade samma siffra ökat till 4,8% och under år 2022 ökade samma siffra till 5,0%.²

I och med Valfärd Gävles långsiktiga planering och kvarboendepincip beräknas andelen av Gävle kommuns befolkning (65 år – w) som är boende på vård- och omsorgsboende ligga runt på 4,8% under hela planeringsperioden.

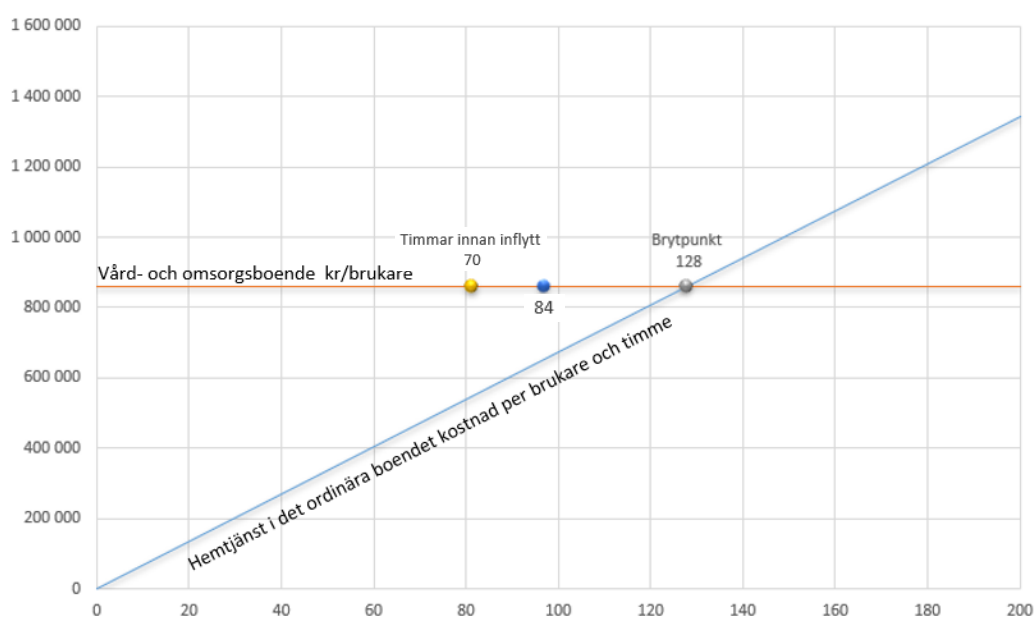
² Andel boende på vård- och omsorgsboende - Kolada nyckeltal, www.kolada.se

3.2.1 Vård- och omsorgsboende eller hemtjänst?

Diagrammet nedan visar brytpunkten (128 timmar hemtjänst) mellan hemtjänst och särskilt boende, dvs när det blir dyrare att bevilja ytterligare en hemtjänsttimme i stället för att bevilja särskilt boende.

Brytpunkten är ett genomsnitt för kommunen, det betyder att den kan skilja sig åt om man jämför olika hemtjänstgrupper och olika särskilda boenden i kommunen. I kostnaden för särskilt boende har lokalintäkterna räknats bort.

Brytpunkt Hemtjänst Särskilt boende



Den orange linjen visar den genomsnittliga kostnaden per brukare inom särskilt boende exklusive externa lokalintäkter.
 Den blå linjen visar den genomsnittliga kostnaden per brukare och timme inom hemtjänsten.
 Den gula punkten är genomsnittligt antal SoL-timmar innan inflytt till särskilt boende.
 Den blåa punkten är en schablon för HSL-timmar inom hemtjänsten. Eftersom data saknas för hur många timmar HSL som utförs används en uppskattning om att 20 % av tiden är HSL.
 Den gråa punkten visar vid vilket antal timmar där hemtjänst blir dyrare än särskilt boende. Detta är brytpunkten.

Om en kommun beslutar att alla över 65 år kan få hemtjänst i form av exempelvis trygghetslarm eller städning blir det troligen många som får hemtjänst som inte har så stora behov av omsorg och service. Nyckeltalet kostnad/brukare kan då bli förhållandevis lågt eftersom många av brukarna endast behöver mindre insatser. Däremot kan kommunens totalkostnad bli högre eftersom fler får insatser.

Om en kommun i stället har en hög tröskel för att få hemtjänst, dvs. det är bara brukare med omfattande behov som beviljas hemtjänst, kommer antalet brukare att kunna bli lägre medan kostnaden/brukare blir högre. Det fåtal som får hemtjänst behöver i stället fler och mer omfattande insatser.

I Gävle kommun så har antalet lediga lägenheter inom vård- och omsorgsboende varit stort varför kurvan i diagrammet troligtvis visar på att antal timmar av hemtjänst, innan inflytt till vård- och omsorgsboende, endast ligger på i snitt 70 timmar. Detta gör att kommunen har högre kostnader för vård- och omsorgsboende än den skulle behöva ha om fler brukare vill, känner sig trygga och har möjlighet att stanna kvar i det ordinära boendet med hemtjänst så länge som möjligt.

Andelen av timmar inom hemtjänsten i kommunen har minskat och andel boende på vård- och omsorgsboende har ökat, sett till andel av befolkningen under de senaste fem åren. Dock har det ändå inneburit en ökning av i genomsnitt 34 fler brukare varje år till hemtjänsten under dessa fem år, vilket i sin tur ger att hemtjänstbemanningen behöver utökas därefter. Detta på grund av att befolkningen över 65+ naturligt har ökat.

3.3 Avlösningstvistelse för äldre SoL

I tabellen nedan framgår antal platser för avlösningstvistelse för äldre. Dessa drivs i egen regi.

Platser för avlösningstvistelse	2021 Februari	2021 April	2021 Augusti	2022 Augusti	2023 September
Villa Brynäs 1 och 2 (avlösning)	22	20	20	20	-
Hemlingborg (avlösning)	-	-	-	-	20
Totalt antal platser	22	20	20	20	20

4. Vård- och omsorgsboenden – behov

Attendo har under 2020 byggt 102 lägenheter på Muréngatan, där Gävle kommun 2023-10-31 använde alla lägenheter. Även Frösunda har under 2020 byggt nytt och färdigställt totalt 72 lägenheter i Sättra (Sättraåsen), där Gävle kommun 2023-10-31 använde 54 lägenheter.

I Södra Hemlingby öppnade Valfärd Gävle ett nytt vård- och omsorgsboende (Hemlingborgs vård- och omsorgsboende) för inflyttning hösten 2023 med 20 lägenheter på somatisk enhet och 10 lägenheter på demensenhet.

Avlösningstvisten flyttas även till Hemlingborg från Bergmästarens villor och tar 20 lägenheter i anspråk.

Våren 2024 öppnar 10 lägenheter till på den somatiska enheten och ytterligare 20 lägenheter på demensenheten. Totalt kommer det alltså att finnas 60 lägenheter tillgängliga för vård- och omsorgsboende och 20 lägenheter tillgängliga för avlösningstvistelse på Hemlingborg.

Vård- och omsorgsboendet på Tallåsvägen 22 med 40 lägenheter, som drevs på entreprenad av Vardaga, avvecklades till september 2023, på grund av det rådande överskottet av vård- och omsorgslägenheter inom Gävle kommun, samt att boendet i sin nuvarande form inte har den standard som det idag ställs krav på vid upphandling.

Gävle kommun har för östra delen av Gavlehov, strax norr om Gävletravet, detaljplanerat för ett eventuellt vård- och omsorgsboende om 60 lägenheter. Med tanke på områdesfördelningen av befolkning som kan komma att få behov av vård- och omsorgsboende, så är tomter för ändamålet på Nynäs, Norra Brynäs, Söder eller Näringen även intressanta.

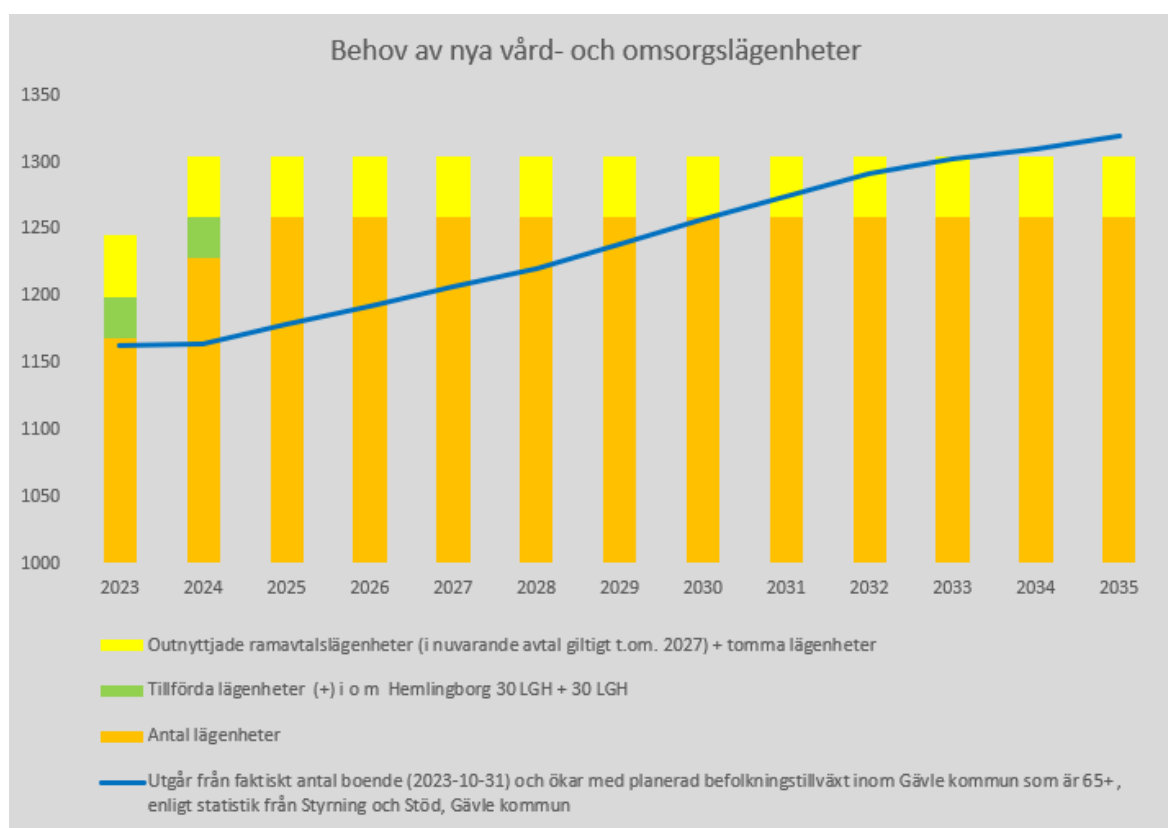
En extern aktör har sedan tidigare begärt en detaljplaneändring i Strömsbro, för att bygga ett vård- och omsorgsboende med 60 lägenheter. Ytterligare en extern aktör har visat intresse för att bygga ett vård- och omsorgsboende i Hagaström med 60 lägenheter.

5. Vård- och omsorgsboenden – utblick mot 2035

Diagrammet nedan beskriver tillgången på vård- och omsorgsboenden i förhållande till beräknat behov från 2023 och med utblick mot 2035.

Utifrån den information som idag finns tillgänglig, så gör Valfärd Gävle bedömningen att utveckling enligt **blå linje, är trolig**.

Detta innebär en **överkapacitet** på vård- och omsorgsboendelägenheter under nästan hela planeringsperioden fram till år 2035.



5.1 Inriktningar på vård- och omsorgsboenden

I nuläget bedömer Valfärd Gävle att det fortsatt behöver vara en 50/50 procentuell fördelning av enheter för demens och somatiska besvär vid nybyggnation.

Det kommer även framåt finnas behov för olika sorters profilboenden eller boenden med inriktning på särskilda enheter såsom äldrepsykiatri och alkoholdemens.

Valfärd Gävle behöver också ta höjd för att det på sikt kommer ett ökat behov av språk- och kulturinriktning, utifrån en förändrad befolkningsstruktur, med högre andel äldre som är utlandsfödda. Det kommer att vara särskilt viktigt att få tillgång till äldreomsorg på modersmålet för äldre som drabbats av en stroke eller en kognitiv nedsättning och därför förlorat språk de lärt sig i vuxen ålder.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom konstateras att personcentrerad vård bland annat innebär att vården och omsorgen särskilt ska beakta behov relaterade till att personer har annan kulturell och språklig bakgrund.

5.2 Påverkande faktorer för behovet av särskilt boende

Enligt Socialstyrelsen beräknas medellivslängden, fram till år 2070, öka till drygt 89 år för kvinnor och drygt 87 år för män.

Medellivslängden för kvinnor år 2021 var 84,8 år, vilket är en ökning av 0,5 år jämfört med år 2020. Männens medellivslängd år 2021 var 81,2 år, vilket är en ökning med 0,6 år mot år 2020. De flesta av dessa år levs numera med god hälsa och utan funktionsnedsättning. De som ändå har ett eller flera kroniska besvär, kan idag i större utsträckning få hjälp med att lindra dessa och få stöd för att klara vardagen.

Studier utförda under 2021 av Juni Strategi³ och Evidensgruppen⁴ visar på att det endast är 5% av seniorerna (65+) som är flyttningsbenägna när det kommer till olika typer av särskilda boendeformer anpassade för målgruppen – de ser sig inte som seniorer. Det är en kort period, precis vid tid för pension, som de är mest flyttningsbenägna.

Seniorer i alla åldrar, skattar sitt nuvarande ordinära boende mycket högt i studien och vill bo kvar hemma så länge som möjligt.

Gävle kommun tillhandahåller i dag bostadsanpassning, hemtjänst, digital hemtjänst och hemsjukvård i det ordinära boendet, vilket också gör att senioren känner sig trygg hemma. Om den yngre senioren ska lockas att flytta från sitt hus, så var bostadsrätter, där senioren själv kan påverka boendekostnaden genom att välja en brf med låg månadskostnad det mest attraktiva – ej nybyggda hyresrätter, eftersom det oftast innebär hög hyra.

Denna utveckling innebär att det blir fler antal äldre under åren framöver, men att behovet av fler lägenheter i just vård- och omsorgsboenden (men även trygghetsboenden och liknande hyreslägenheter) faktiskt kan minska, i och med detta – beroende på i vilken utsträckning och omfattning som kommunen är villiga att utöva hemtjänst/hemsjukvård framöver.

Gävle kommun kommer behöva se över hur man ska utforma samhällsplaneringen inklusive omsorgen, med utgångspunkt från att kommunen självklart stödjer de som vill flytta till särskilda boenden och andra boendeformer för äldre målgrupp - men att fokus framöver bör ligga på kvarboende och lösningar för denna grupp, enligt studierna och Valfärd Gävles egen långsiktiga planering.

I studierna såg man också att informationen gällande olika alternativ och lösningar kring boendesituationen till denna målgrupp behöver förtydligas, informeras och erbjudas på ett helt annat sätt än vad som idag hittills gjorts.

Med en ökad utbyggnad/ombyggnad till välanpassade och funktionellt utformade bostadsrätter, utveckling enligt studierna som nämns ovan, andra förebyggande åtgärder, effekter från covid-19, samt att Gävle bygger ut i mindre takt/utsträckning än planerat, finns möjligheten att behovsutvecklingen inte behöver bli lika brant som nuvarande prognos antyder. Möjligheten finns också att den äldre befolkningens allmänna hälsotillstånd ytterligare förbättras och att detta leder till att det framtida behovet inte ökar i samma utsträckning som nuvarande prognos antyder.

En god tillgång på avlösning/vistelse, avlösning i hemmet och dagverksamhet för de med behov, spelar också en stor roll i behovsutvecklingen, då man i större utsträckning kan bo kvar hemma med dessa åtgärder, i stället för att flytta in på ett boende.

Det mesta tyder ändå på en behovsökning av antal lägenheter, men behovet enligt prognos, kan av de ovan nämnda anledningarna, bli något förskjutet eller något lägre.

Den snabba takten på tidigare utbyggnad av privata aktörer gör att en överkapacitet uppstår på kort sikt. Aktörerna är väl medvetna om risken och kalkylerar med att vissa delar står tomma tills behovet och efterfrågan är i balans (eller hitta annan användning).

När en kommun har en överkapacitet av lägenheter inom vård- och omsorgsboende finns en tendens att en överströmning av brukare kan ske från närliggande kommuner. Detta kan medföra en kostnadsökning för den kommun som för tillfället har en överkapacitet.

Kostnadsansvaret för medborgare som utifrån detta väljer att skriva sig i annan kommun bör regleras i överenskommelser mellan kommunerna. Valfärd Gävle har initierat ett sådant arbete, men ingen överenskommelse är ännu tecknad.

Gävle kommun arbetar aktivt med att skapa en mark- och planberedskap, för bland annat särskilda boendeformer, i de nya områden och stadsutvecklingsprojekt som skall detaljplaneläggas, bland annat i Gävles centrala delar.

Utifrån befolkningsprognosen från 2023 för 2035, beräknas behovet av vård- och omsorgsboenden vara störst i Gävles centrala delar, Stigslund/Strömsbro/Hille/Hamråde och i Nynäs. Detta utifrån var det idag finns eller planeras boenden i förhållande till var behovet hos den äldre befolkningen kan förväntas vara som störst.

Gävle kommun kommer enligt nuvarande prognos att ha en överkapacitet på vård- och omsorgsboendelägenheter under nästan hela planeringsperioden fram till år 2035.

³ Förstudie om Skånes åldrande befolkning kopplat till bostäder och framtidens vård och omsorg - september 2021, Uppdragsgivare: Region Skåne i samarbete med Lunds kommun, Utgiven av Region Skåne 2021. Uppdragsteam: Madeleine Eneskjöld, Juni strategi Mona Kjellberg, Juni strategi Klara Palmberg Broryd, Broryd Industrier Johanna Holm, LINK Arkitektur

⁴ "Bostadsmarknaden för äldre – rörlighet, preferenser och betalningsvilja", Juni Strategi - rapporten är framtagen av Evidens på uppdrag av ett flertal samhällsbyggnadsaktörer. Underliggande analyser har genomförts av ett team av konsulter på Evidens i form av Rikard Berg von Linde, Elin Davidsson, Viktoria Bernow, Katarina Wallin och Ted Lindqvist. Enkätundersökningen har genomförts av Alf Brydolf Berg, Evimetrix AB.

Beslutsärende: Initiativärende (V) – Anhörigvårdare

14

230N534



Tjänsteskrivelse

2024-02-12

Diarienummer: 23ON534

Handläggare:

Helén Polmé

Tfn 026 - 17 80 00

helen.polme@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Yttrande/svar angående: Initiativärende (V) – Anhörigvårdare

Förslag till beslut

Att initiativärendet och dess yrkande skall anses besvarat.

Bakgrund

Maud Liljeqvist (V) väckte vid Omvårdnadsnämndens sammanträde

2023-12-14 rubricerat initiativärende med följande yrkande:

Att få följande frågor besvarade:

- Vad har Omvårdnadsnämnden för kriterier för att bli anhörganställd?
- Vilka faktorer kan göra att en sådan anställning upphör?
- Hur många anhörganställda har Gävle kommun?
- Vad kostar det Omsorgsförvaltningen?
- Finns det planer på att omorganisera anhörigvården?
- Om ja varför?

Omvårdnadsnämnden beslutade 2023-12-14 att ärendet tas emot och hanteras för beredning och att frågan därefter återupptas på nytt.

Sektor Vårld yttrende efter ärendebereidning

Sektor Vårld har tagit emot ärendet som hanterats för bereidning och lämnar utifrån det aktuella initiativärendet följande svar på frågorna:

Vad har Omvårdnadsnämnden för kriterier för att bli anhöriganställd?

En person som har ett behov av hemtjänstinsatser har idag möjlighet att välja utförare. Ett av de valbara alternativen till hemtjänst är om man har en sammanboende anhörig som är anställningsbar enligt samma kriterier som för alla våra medarbetare inom Gävle kommun.

Dock med ett undantag, man ska kunna skriva och läsa på sitt modersmål. Det är alltså möjligt att bli anhöriganställd trots att man inte kan kommunicera svenska. I de fall kund och/eller medarbetare inte kommunicerar på svenska arbetar enheten för anhöriganställda med tolk.

Vilka faktorer kan göra att en sådan anställning upphör?

- Kundens beslut förändras eller upphör.
- Kunden önskar annan utförare/anställd.
- PAN-avtalet förändras så att det inte längre är möjligt att tillgodose kundens behov inom lag och avtal.
- Det politiska beslutet om att ha detta alternativ som valbart upphör.

Hur många anhöriganställda har Gävle kommun?

Gävle kommun har två former av PAN-anställda, båda formerna regleras i PAN-avtalet:

- PAN sammanboende anhöriganställd (inom enheten för anhöriganställda).
- PAN personlig assistent (inom personlig assistans).

Inom de båda formerna finns idag totalt 121 medarbetare.

Inom enheten för anhöriganställda finns 74 medarbetare till 67 kunder.

Inom personlig assistans:

- PAN- avtalet inom personlig assistans: 29 medarbetare.
- PAN-avtalet med sammanboende anhöriganställd som utför sitt uppdrag inom personlig assistans: 18 medarbetare.

Vad kostar det Omsorgsförvaltningen?

För 2022 var kostnaden för PAN anställda 31 775 000 kr.

För 2023 var kostnaden för PAN anställda 32 922 000 kr.

Finns det planer på att omorganisera anhörigvården?**Om ja varför?**

Hösten 2023 skärptes reglerna för den så kallade dygnsvilan och veckovilan. Det berör alla kommuner och regioner i Sverige och många som arbetar i Valfärd Gävle. Från och med den 1 februari 2024 gäller kravet på minst 11 timmars dygnsvila även för PAN-anställda medarbetare.

Veckovilan kommer att gälla med 24 timmar, men revideringen av PAN-avtalet på punkten veckovila är ännu inte klar, vi väntar på detta från SKR. SKR har förmedlat att nästa revidering kommer att tydliggöra kraven på veckovila.

När PAN-avtalet är reviderat och anger hur veckovilan ska hanteras kommer samtliga PAN-anställda medarbetare påverkas. 11 timmars dygnsvila är redan kommunicerat via brev 29/1 och informationsträff den 5/2.

Komplexiteten kring enheten för anhöriganställda är att medarbetaren måste vara sammanboende med kunden de utför insatsen åt. Samtidigt behöver medarbetaren få minst 11 timmars vila varje dygn och veckovila om minst 24 timmar per vecka, i enlighet med EU-direktivet. Det innebär i praktiken att kunden inte kan få en medarbetare som utför alla kundens insatser utan att vi bryter mot EU-direktivet eller mot kravet att anhöriganställda ska vara sammanboende.

Enheten för anhöriganställda bygger på två parametrar – dels kundens behov, som är biståndsbedömt av myndighet, dels att medarbetaren är anställningsbar och kan utföra omsorgen till kunden utifrån beslut och genomförandeplan.

Utifrån EU-direktivets genomslag kommer enheten att få svårt att med endast sammanboende PAN-anställda medarbetare utföra kundernas beslut som är hemtjänstinsatser i punktform. Konsekvensen för medarbetarna är att de kan göra färre insatser än tidigare och får mindre ersättning. Kunden behöver få fler utförare, till

exempel ordinarie hemtjänst via LOV för att få sina insatser utförda.

På frågan om det finns planer kring omorganisation av anhörigvården är svaret ja, eftersom den delen av anhörigvård som avser enheten för anhörigaställda inte kan utföras efter genomslaget av dygns- och veckovila.

Förslag

Utifrån sektor Vårlds beredning av ärendet, enligt ovanstående, är förslaget att initiativärendet och dess yrkande skall anses besvarat.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Vårld



Initiativärende till Omvårdnadsnämnden gällande anhörigvårdare

Under Omvårdnadsnämndens möte den 23 november 2023, nämndes att det var en del ändringar som är på gång, bland annat den om anhöriganställning. Det gjorde att jag blev uppmärksam på anhörigvård, den anhörigvård som Gävle kommun bedriver och ansvar för.

Därför yrkar jag på att Omvårdnadsnämnden redogör för hur anhörigvårdens verksamhet genom att besvara följande frågor:

1. Vad har Omvårdnadsnämnden för kriterier för att bli anhöriganställd?
2. Vilka faktorer kan göra att en sådan anställning upphör???
3. Hur många anhöriganställda har Gävle kommun?
4. Vad kostar det Omsorgsförvaltningen?
5. Finns det planer på att omorganisera anhörigvården?
6. Om ja varför?

Maud Liljeqvist

Vänsterpartiet

**Beslutsärende: Initiativärende
(V) – Samordning hemtjänst
och hemsjukvård**

15

23ON535



Tjänsteskrivelse

2024-02-12

Handläggare:

Helén Polme, Anneli Lindblom
Tfn 026 - 17 80 00
helen.polme@gavle.se,
anneli.lindblom@gavle.se

Diarienummer: 23ON535

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Yttrande/svar angående: Initiativärende (V) – Samordning hemtjänst och hemsjukvård

Förslag till beslut

Att initiativärendet och dess yrkande skall anses besvarat.

Bakgrund

Maud Liljeqvist (V) väckte vid Omvårdnadsnämndens sammanträde

2023-12-14 rubricerat initiativärende med följande yrkande:

- Att Omvårdnadsförvaltningen undersöker möjligheterna till att genomföra en hemtjänst och hemsjukvård med intentionen att kunden ska träffa samma personal oavsett om de utför arbetsuppgifter för hemtjänsten eller för hemsjukvården.

Omvårdnadsnämnden beslutade 2023-12-14 att ärendet tas emot och hanteras för beredning och att frågan därefter återupptas på nytt.

Sektor Valfärd yttrande efter ärendeberedning

Sektor Valfärd har tagit emot ärendet som hanterats för beredning och lämnar utifrån det aktuella initiativärendet följande yttrande:

Gävle kommun har medicinskt ansvar upp till sjuksköterskenivå för personer inskrivna i hemsjukvård.

Sjuksköterska kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter, men det får endast ske när det är förenligt med god och säker vård. Innan delegering av medicinska arbetsuppgifter måste medarbetare genomgå utbildning. Den sjuksköterska som ska delegera en uppgift måste säkerställa att den som tar emot delegering har den kompetens som krävs för uppgiften. I den stund då medarbetare har tagit emot en delegerad uppgift är denne att se som hälso- och sjukvårdspersonal.

Det pågår en refreshutbildning för en grupp undersköterskor inom hemtjänsten. Basala hälso- och sjukvårdsuppgifter repeteras och undersköterskor ges på så sätt möjlighet att utvecklas i sin roll och bibehålla kunskaper.

Arbetet syftar även till ett utvecklat arbetssätt för både undersköterskor och sjuksköterskor där undersköterskor ska känna sig trygga med att utföra fler hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Refreshutbildning möjliggör att fler undersköterskor är delegeringsbara men ersätter inte delegeringsutbildningen.

När fler undersköterskor är delegeringsbara ökar möjlighet till ökad kontinuitet hos patient/hemtjänstkund och sjuksköterskorna får utrymme att arbeta mer förebyggande och handledande.

Detta leder till ökad patientsäkerhet och ett mer personcentrerat arbetssätt.

Det är även en möjlighet för Gävle kommun att behålla undersköterskor samt att attrahera nya medarbetare.

Magnus Höijer

Sektorchef

Sektor Valfärd



Initiativärende till Omvårdnadsnämnden

När ÄDEL-reformen infördes 1992 överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården till den kommunala äldreomsorgen. I samband med införandet lämnade riksdagen över till varje region (dåvarande landstinget) att själva besluta om huruvida distriktssköterskorna skulle ingå i detta. Region Gävleborg beslutade 2012 att hemsjukvården skulle bli en kommunal angelägenhet.

Gävle kommun har i dag huvudansvaret för hemsjukvården, verksamheten består av sjuksköterskor och undersköterskor. Undersköterskorna besöker kunder/patienter vid behov, det kan gälla insulininjektioner, såromläggning mm, uppgifter som är delegerade av sjuksköterska.

Till samma kund kommer ofta också hemtjänstpersonal, som även de är utbildade undersköterskor, för att tillgodose behov som ej är sjukvårdande. Det innebär att insatser ibland ges av två personal på samma gång, en ger insulin och en kokar gröt. Dessa uppgifter borde kunna samordnas och utföras av samma personal. . Nuvarande system är resursslöseri och kan skapa otrygghet hos kunden.

Utbildade personer som har den skyddade yrkestiteln undersköterska ska förstås kunna utföra samma sysslor oavsett om de tillhör hemtjänsten eller hemsjukvården. En samordning skulle kunna leda till att undersköterskerollen blir mer attraktiv och på sikt ge Gävle kommun en äldreomsorg som är i framkant.

Därför yrkar jag på att Omvårdnadsförvaltningen undersöker möjligheterna till att genomföra en hemtjänst och hemsjukvård med intentionen att kunden ska träffa samma personal oavsett om de utför arbetsuppgifter för hemtjänsten eller för hemsjukvården.

Maud Liljeqvist

Vänsterpartiet

**Beslutsärende:
Verksamhetsplan 2024 för
Omvårdnadsnämnden till
kommunplan 2024 med
utblick 2025-2027**

16

23ON420



Missiv

2024-02-13

Diarienummer: 23ON420

Handläggare:

Nämnd: Omvårdnadsnämnd

Martin Wagner
026-17 80 00
martin.wagner@gavle.se

Verksamhetsplan 2024 för Omvårdnadsnämnden till kommunplan 2024 med utblick 2025 - 2027

Förslag till beslut

Att anta förslag till verksamhetsplan för Omvårdnadsnämnden för perioden 2024 - 2027, samt

Att överlämna verksamhetsplanen till kommunstyrelsen för kännedom.

Ärendebeskrivning

För varje år fattar Omvårdnadsnämnden beslut om en verksamhetsplan för kommande år. I verksamhetsplanen finns de mål nämnden avser fokusera på inom planeringsperioden. I verksamhetsplanen finns också beskrivningar av uppdrag och utvecklingsområden.

Verksamhetsplanen är upprättad i enlighet med den målstruktur som anges i kommunplanen och efter de anvisningar som utgetts under januari. Kompletteringar gällande till exempel målbeskrivningar, indikatordefinitioner samt målvärden för perioden 2024 - 2027 kan tillkomma till delår 1.

Magnus Höijer

Sektorchef

Sektor Vårld



2024-02-14
Sid 221(314)
Dnr: 23ON420

Verksamhetsplan 2024-2027

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Strategiskt nämndmål.....	3
2.1 Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor	3
2.2 Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen	4
2.3 Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle	6
2.4 En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov	7
2.5 En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun.....	8
3 Privata utförare.....	9

1 Inledning

Verksamhetsplanen är upprättad i enlighet med den målstruktur som anges i kommunplanen och efter de anvisningar som utgetts under januari. Kompletteringar gällande exempelvis målbeskrivningar, indikatordefinitioner samt målvärden för perioden 2024 - 2027 kan tillkomma till delår 1

2 Strategiskt nämndmål

2.1 Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor

2.1.1 Arbetsmarknadens behov ska än mer styra vägledning till och innehåll i utbildningar

2.1.1.1 Omvårdnadsnämnden verkar för att arbetsmarknadens behov ska än mer styra vägledning till och innehåll i utbildningar

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Omvårdnadsnämnden är en aktiv part i Vård- och omsorgscollege"			Ja			
De elever som studerar på gymnasiets vård- och omsorgsprogram ges APL-platser av god kvalitet			Ja			

2.1.2 Utbildningskedjan ska leda till att fler kommer i arbete

2.1.2.1 Omvårdnadsnämnden ska verka för flera vägar in till vårdsyrken.

Beskrivning

Välfärd Gävle har identifierat ett behov av ett långsiktigt tänk kring hela kedjan i att förflytta människor till arbete genom utbildning och att säkra kompetensförsörjningen inom vård- och omsorgsyrken, och startade bland annat projektet Stegvis utbildning till arbete.

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Utbildning till servicebiträden genomförs under 2024.			Ja			
Rekrytering av servicebiträden kommer att inledas under 2024			Ja			

2.2 Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen

2.2.1 Samhället ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser

2.2.1.1 Omvårdnadsnämnden arbetar med att höja kompetensen i frågor gällande psykisk ohälsa och demens

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Samtal genomförs med alla 80-åringar			Ja			
Sektorn erbjuder första hjälpen-utbildning i psykisk ohälsa			Ja			

2.2.2 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun

2.2.2.1 Omvårdnadsnämnden arbetar för att Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Planerar för boendeformer efter behov och uppdaterar boendepåren årligen			Ja			
Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen svaranden som uppger att de är mycket nöjda eller ganska nöjda med hemtjänsten i sin helhet (målvärde rikssnitt 2023)			86 %			
Andel kunder önskar fast omsorgskontakt inom vårdboende eller hemtjänst som erbjuds detta			100 %			

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen som svarat att de sammantaget är mycket nöjda eller ganska nöjda med sitt vård- och omsorgsboende (målvärde rikssnitt 2023)		75 %	78 %			

2.2.3 Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare

2.2.3.1 Omvårdnadsnämnden ska erbjuda nödvändiga kompetens- och språkhöjande insatser

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Erbjuder språkutbildning på betald arbetstid			Ja			
Att ha identifierade behovsområden för kompetensutveckling under 2024			Ja			

2.2.3.2 Välfärd Gävle ska vara en attraktiv arbetsgivare

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
HME-index (basvärde 71% mätning 2022)			80 %			
Svar på fråga i medarbetarundersökning: "Jag kan rekommendera andra att arbeta i Gävle kommun". (basvärde 3,71 år 2022)			3,75 %			
Välfärd Gävle arbetar med att minska sjukfrånvaron (rehabsamordnare)			Ja			

2.2.4 Omvårdnadsnämnden ska ha en god kvalitet inom hälsa och sjukvård

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Kontinuitet kring patient (personkontinuitet), (basvärde 15 år 2023)			14 personal			
Läkemedelsgenomgångar (genomförda av alla patienter) *			80 %			
Kunder har uppdaterade genomförandeplaner			90 %			
Avvikelser ska poängbedömas inom två veckor			90 %			

Not: Att inte kunna fastställa 100 % beror på att patienter skrivs in och ut i hemsjukvård under året. Personer som flyttar in på boende avlider. Rapportering 2023 visar att ca 30 % av nya kunder till Väbo har avlidit inom en 14 dagars period.

2.3 Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle

2.3.1 Service, kommunikation och återkoppling ska förbättras inom hela kommunkoncernen

2.3.1.1 Omvårdnadsnämnden genomför löpande samråd med de företag som utför uppgifter på nämndens uppdrag.

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Samråd sker med upphandlingsteamet tre tillfällen per år			Ja			

2.3.2 Kommunkoncernen ska samverka mer med näringslivet för en bättre kompetensförsörjning

2.3.2.1 Omvårdnadsnämnden deltar aktivt i Vård- och omsorgscollege

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Omvårdnadsnämnden deltar i Vård- och omsorgscollege			Ja			

2.3.3 Kommunkoncernen ska vara en attraktiv avtalspart som främjar sund konkurrens

2.3.3.1 Omvårdnadsnämnden ska ha ett aktivt arbete mot välfärdsbrottslighet, vilket främjar en sund konkurrens

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Sektorns arbete gentemot välfärdsbrottslighet utvecklas			Ja			

2.4 En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov

2.4.1 Samhällsplaneringen bidrar till ökad trygghet och minskad segregation i kommunens alla stadsdelar och orter.

2.4.1.1 Omvårdnadsnämnden verkar för god tillgång till vård och omsorg i hela Gävle kommun

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Omvårdnadsnämnden driver särskilda boenden som är spridda över hela kommunens geografiska yta.			Ja			
Omvårdnadsnämnden tillgodoser att det går att få hemtjänst i hela kommunen.			Ja			

2.4.2 Samhällsplaneringen ska ge invånarna tillgång till bostäder enligt den efterfrågan som finns och ska bidra till ett hållbart, innovativt byggande med god arkitektonisk kvalitet.

2.4.2.1 Omvårdnadsnämnden ska genom sin planering tillgodose en tillgång på vårdboenden enligt den efterfrågan som finns.

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Boendeplanen följs upp och revideras efter behov under 2024 för framtida behov			Ja			

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
40 nya lägenheter tillförs, genom att samtliga avdelningar på vård- och omsorgsboendet Hemlingborg öppnas upp under 2024.			Ja			

2.4.3 Samhällsplaneringen ska utgå ifrån att bygga ett robust samhälle som klarar ett förändrat klimat

2.4.3.1 Omvårdnadsnämndens alla verksamheter har uppdaterade kontinuitetsplaner

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Andel verksamheter som har uppdaterade kontinuitetsplaner			100 %			

2.5 En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun

2.5.1 Gävle kommun ska underlätta och bidra till medborgarnas och näringslivets omställning till fossilfria och hållbara transporter.

2.5.1.1 Omvårdnadsnämnden verksamheter i egen regi följer kommunens fordonspolicy i så hög utsträckning som möjligt.

Beskrivning

En viss andel fossildrivna fordon krävs för att säkra verksamhetens genomförande vid t ex extremväder.

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Målvärde 2024	Målvärde 2025	Målvärde 2026	Målvärde 2027
Kommunens fordonspolicy följs			Ja			
Andelen feltankningar (där fel typ av bränsle tankas i fordonet) ska minska			Ja			

RESULTATBUDGET

Belopp i mnkr	Bokslut 2022	Bokslut 2023	Budget 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027
Riktade statsbidrag						
Övriga intäkter	347,0	287,4	309,4	315,6	330,7	341,6
Summa intäkter	347,0	287,4	309,4	315,6	330,7	341,6
Personalkostnader	-794,4	-873,3	-924,4	-920,3	-955,0	-991,4
Köp av verksamhet	-489,5	-534,1	-499,4	-511,0	-521,6	-532,4
Övriga kostnader	-316,1	-355,7	-360,3	-330,4	-334,5	-334,3
Avskrivning	-9,3	-10,4	-9,9	-8,9	-7,5	-5,7
Summa kostnader	-1 609,2	-1 762,5	-1 793,9	-1 770,5	-1 818,7	-1 863,8
Verksamhetens resultat	-1 262,2	-1 475,0	-1 484,6	-1 452,0	-1 487,9	-1 522,2
Intern ränta	-0,5	-0,6	-0,8	-0,6	-0,5	-0,4
Resultat före kommunbidrag	-1 262,7	-1 475,6	-1 485,4	-1 452,6	-1 488,4	-1 522,6
Kommunbidrag	1 353,3	1 441,9	1 485,4	1 452,6	1 488,4	1 522,6
ÅRETS RESULTAT	26,8	-33,7	0	0	0	0
Resultatkorrigering enligt kommunfullmäktige						
Utfall efter korrigering						
INVESTERINGSBUDGET						
Summa nettoinvestering	-11,3	-17,6	-9	-11,8	-11,5	-8,4

3 Privata utförare

Välfärd Gävle har utöver egenregiverksamhet, cirka 165 avtal med externa utförare omfattande; hem för vård eller boende (HVB), gruppboende och gruppboendestäder för personer med 10 funktionsnedsättning, konsulentstött jour- och familjehemsvård, hemtjänstutförare, vård- och omsorgsboende för äldre, stöd- och behandlingsinsatser i öppenvård samt stödboende för unga vuxna. Uppföljning av verksamheten sker enligt avtal eller överenskommelser. Beställaren, det vill säga Välfärd Gävle, utför även granskningar på förekommen anledning vid exempelvis indikationer på brister i utförandet. Tillsyn utförs av tillsynsmyndigheter som Arbetsmiljöverket (AMV) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samtliga rapporter delges respektive nämnd efter genomförd uppföljning.

Beslutsärende:
Delegationsbeslut

17

24ON64

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
Perioden 2023-12-05 – 2024-02-04 4 330 st
2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
3. Sammanställning av Lex Sarah 2024.
4. Sammanställning av personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden.
5. Sammanställning av informationssäkerhetsincidenter till Omvårdnadsnämnden.

Kommande beslut: Förenklat
beslutsfattande för vissa
insatser enligt
socialtjänstlagen

19

240N72



Tjänsteskrivelse

2024-02-12

Diarienummer: 24ON72

Handläggare:

Elin Fridell
026-421 32 20
elin.fridell@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Förenklat beslutsfattande för vissa insatser enligt socialtjänstlagen

Förslag till beslut

Att ge sektor Vårld i uppdrag att genomföra en djupgående analys inför en eventuellt förändrad hantering av förenklat beslutsfattande enligt SoL 4 kap. 2 a §, där analysen innefattar en översyn av

- ålderskriterierna, som idag ligger på 65 år,
- Gävle kommuns Kundtjänst tar över ansvaret att registrera beslut enligt SoL 4 kap 2 a §.

Sammanfattning av ärendet

2018 infördes ett tillägg i SoL (Socialtjänsten) rörande att socialnämnden erhöi befogenhet att erbjuda hemtjänstinsatser till äldre personer utan någon föregående behovsprövning. Bestämmelsen i 4 kap. 2 a § gäller för hemtjänstinsatser och är frivillig för kommunerna att tillämpa.

Omvårdnadsnämnden i Gävle kommun beslutade i november 2018, dnr 18ON283, att fr o m 1 maj 2019 införa förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre gällande insatserna städ, tvätt, inköp, matdistribution, trygghetstelefon samt avlösning i hemmet enligt socialtjänstlagen.

Statistiken visar att förenklat beslutsfattande har haft ett svagt genomslag i Gävle kommun och omkring 2-3% av aktuella kunder har ansökt om bistånd i denna form.

Vidare visar statistiken att ca 60% av de kunder som erhållit bistånd enligt SoL 4 kap. 2 a § har varit över 80 år.

Det är möjligt att en förändring där Gävle kommuns Kundtjänst skulle ta över ansvaret att registrera beslut enligt SoL 4.kap 2 a § i stället för biståndsenheten skulle kunna vara mer kostnadseffektivt för Gävle kommun. Övriga förändringar skulle sannolikt ha en mycket liten effekt vad gäller ekonomiska besparingar i dagsläget eftersom nyttjandegraden är låg. Den potentiella målgruppen är dock stor, särskilt utifrån hur kriterierna idag är formulerade, och det skulle av den anledningen kunna finnas skäl att se över dessa för att förhindra eventuella ökade kostnader i framtiden.

Det inte gjorts någon utvärdering av förenklad biståndshandläggning sedan dess införande 2019. Det finns dock indikationer som tyder på att det finns otydligheter vad gäller syfte men även hur kriterierna idag är formulerade i riktlinjerna.

En mer djupgående analys bör därför prioriteras vid eventuella förändringar av förenklad biståndshandläggning enligt SoL. 4 kap. 2 a §.

Bakgrund

2018 infördes ett tillägg i SoL (Socialtjänstlagen) rörande att socialnämnden erhöll befogenhet att erbjuda hemtjänstinsatser till äldre personer utan någon föregående behovsprövning. Bestämmelsen i 4 kap. 2 a § gäller för hemtjänstinsatser och är frivillig för kommunerna att tillämpa.

Inom begreppet *hemtjänst* kan såväl personlig omvårdnad som service ingå. Det kan vara ledsagning eller andra insatser som behövs för att bryta isolering eller insatser för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i det egna hemmet. Vidare kan det även vara insatsen trygghetslarm/trygghetstelefon. Av tillägget framgår att samtalsstöd och rådgivning kan erbjudas med stöd av 4 kap. 2 a § SoL. Det är upp till kommunerna själva att avgöra vilka typer av hemtjänstinsatser, och i vilken omfattning dessa ska erbjudas äldre personer enligt den nya bestämmelsen. Korttidsplatser omfattas dock inte av bestämmelsen.

Enligt lagstiftaren ligger det inom kommunernas befogenheter att i sina riktlinjer för handläggning närmare precisera vilken ålder som kan anses vara vägledande vid handläggningen av olika typer av ärenden om ansökningar om hjälp och stöd till äldre. Med den nya bestämmelsen görs ingen föregående behovsprövning. Det kommunen har att förhålla sig till är att den som ansöker om en sådan hemtjänstinsats uppfyller de kriterier som kommunen själva har fastställt i sina *riktlinjer*.

Syftet med befogenheten om förenklat beslutsfattande för äldre är att förstärka inslagen av förebyggande insatser genom att generella hemtjänstinsatser tillgängliggörs i ett tidigt skede, vilket lagstiftaren bedömer också kan minska eller skjuta upp behovet av mer omfattande äldreomsorg.

Förenklat beslutsfattande enligt 4 kap. 2 a § kräver i jämförelse med 4 kap. 1 § en högre arbetsinsats samt ett större ansvar av utföraren. Detta då det är utföraren som skall genomföra en kartläggning av livssituation, kontaktuppgifter, hälsa och behov för att kunna verkställa beslutet. Så snart kunden har behov av insatser som inte omfattas av förenklat beslutsfattande, ska en traditionell handläggning göras av en biståndshandläggare.

Införandet av förenklat beslutsfattande i Gävle kommun

Omvårdnadsnämnden i Gävle kommun beslutade i november 2018 att införa förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre med början 1 maj 2019 gällande insatserna städ, tvätt, inköp, matdistribution, trygghetstelefon samt avlösning i hemmet enligt socialtjänstlagen. Enligt följande kriterier för den enskilde:

- är över 65 år och folkbokförd i Gävle kommun,
- själv kan ansöka om en eller flera av de insatser som omfattas av förenklat beslutsfattande,
- inte behöver andra insatser om insatser inom hjälp i hemmet
- själv kan vara delaktig i utformningen av sin genomförandeplan,

samt:

- att ge sektorn mandat att kunna utöka insatser som omfattas av förenklat beslutsfattande när så bedöms lämpligt.

Utredning

Nedan följer en sammanställning av statistik, omvärldsbevakning samt slutsats och vidare rekommendationer.

Statistik

Nedan tabell visar fördelningen av brukare (antal samt procent) som erhållit beslut enligt SoL. 4 kap. 1,2a§§ i Gävle kommun under tidsperioden 2020–2023.

Typ av beslut	2020		2021		2022		2023	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%

4 kap. 1§	4169	97,02 %	4298	96,89%	4124	97,84%	4298	97,77%
4 kap. 2 a§	128	2,98%	138	3,11%	91	2,16%	98	2,23%
Totalt	4297		4436		4215		4396	

Nedan tabell visar hur stor andel av de kunder som har erhållit beslut enligt SoL 4 kap. 2 a § som har varit över 80 år.

Kunder över 80 år	2020		2021		2022		2023	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
4 kap. 2 a§	77	60,16%	87	63,04%	59	64,84%	57	58,16%

Omvärldsbevakning

En omvärldsbevakning har genomförts hos några av kommunerna i jämförelsenätverket R9. De kommuner som har granskats är: Linköping, Norrköping, Eskilstuna, Västerås, Uppsala och Jönköping. Det framkommer att två av dem, Linköping samt Jönköping, erbjuder förenklat beslutsfattande. Linköping har nyligen beslutat att höja ålderskriteriet från 75 år till 80 år, medan Jönköping likt Gävle har 65 år. Kommunerna Norrköping, Eskilstuna, Västerås samt Uppsala erbjuder inte förenklad biståndshandläggning utan hänvisar i stället till sin "fixarservice" som ett alternativ till att få visst stöd och hjälp utan beviljat bistånd.

Utvärdering

Det har från lagstiftaren framförts att förenklat beslutsfattande enligt SoL 4 kap. 2 a § skall utvärderas, men det har ännu inte publicerats någon sådan rapport. I dagsläget är det därför svårt att dra lärdomar och slutsatser utifrån ett nationellt perspektiv. Det har inte heller genomförts någon mer djupgående analys kring utfallet av förenklat beslutsfattande lokalt i Gävle kommun sedan dess införande 2019.

Slutsats samt vidare rekommendationer

Det är *möjligt* att en förändring där Gävle kommuns Kundtjänst skulle ta över ansvaret att registrera beslut enligt SoL 4.kap 2 a § i stället för biståndsenheten eventuellt skulle kunna vara mer kostnadseffektivt för Gävle kommun. Detta då dessa beslut inte föregås av en behovsprövning och således heller inte kräver en medarbetare med akademisk examen att administrera. Ytterligare en positiv bieffekt skulle vara att kunden även får

sitt biståndsbeslut direkt vid en första kontakt med Kundtjänst och således inte behöver invänta en kontakt med biståndshandläggare som kan dröja, ibland i flera dagar.

Då antalet kunder som har ansökt och beviljats insatser utifrån SoL 4 kap. 2 a § sedan dess införande 2019 är få till antalet (ca 2-3%) så innebär det att eventuella förändringar kring förenklat beslutsfattande sannolikt skulle ha en mycket liten effekt vad gäller ekonomiska besparingar i dagsläget.

Viktigt är dock att ha i beaktande att även om det hitintills varit få kunder som har ansökt om hjälp i hemmet enligt SoL. 4 kap. 2 a § så är ändå den potentiella målgruppen stor, särskilt utifrån hur kriterierna i dagsläget är formulerade. Det förefaller sig även naturligt att målgruppen ökar i takt med den demografiska utvecklingen i samhället. Således innebär det att även om kostnaderna för förenklad biståndshandläggning *idag* är marginella så skulle de på längre sikt kunna medföra ökade kostnader för Gävle kommun i den händelse att fler personer väljer att ansöka om detta bistånd.

Avslutningsvis har det framkommit att det inte gjorts någon utvärdering av förenklad biståndshandläggning sedan dess införande 2019. Det finns dock indikationer som tyder på att det finns otydligheter vad gäller syfte men även hur kriterierna idag är formulerade i riktlinjerna. En mer djupgående analys bör därför prioriteras vid eventuella förändringar av förenklad biståndshandläggning enligt SoL. 4 kap. 2 a §.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Kommande beslut: Översyn av
reglemente - Föreningsstöd till
föreningar för målgrupper
inom sektor Valfärds
nämnders ansvarsområden

21

240N73



Tjänsteskrivelse

2024-02-14

Handläggare:

Caroline Engberg
026-17 80 00
caroline.engberg@gavle.se

Diarienummer: 24ON73

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Översyn av reglementet för föreningsstöd till föreningar för målgrupper inom sektor Vårdfärd nämnders ansvarsområden

Förslag till beslut

Att ge sektor Vårdfärd i uppdrag att göra en förnyad översyn av reglementet för föreningsstöd gällande pensionärs- och funktionsrättsföreningar som erbjuder aktiviteter för målgrupper inom sektor Vårdfärd nämnder, samt

Att sektor Vårdfärd återkommer med ett förnyat förslag till nytt reglemente på nämnden i april 2024.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden behandlade och antog i december 2022 ett reviderat reglemente för föreningsstöd, dnr 22ON414.

Revideringarna av reglementet syftade bland annat till att ge alla föreningar samma möjligheter till att ansöka om föreningsstöd och att föreningsstödet skulle styras mot de planerade aktiviteter som föreningen avser att erbjuda till målgrupper inom Sektor vårdfärd nämnder.

Då Vårdfärdnämnderna behandlade föreningsstödet inför år 2024 beslutades även att "till beredningen inför Omvårdnadsnämnden i mars 2024 adressera frågan om översyn av reglementet för föreningsbidrag", dnr 23ON463.

Förslag

Att ge sektor Vårld i uppdrag att göra en förnyad översyn av reglementet för föreningsstöd till föreningar som erbjuder aktiviteter för målgrupper inom sektor Vårlds nämnder. Översynen ska innefatta:

- Dialog och avstämning med hur övriga sektorer inom Gävle kommun hanterar föreningsstöd.
- Tillbakablick och inventering av tidigare reglementen inom Omvårdnadsnämnden.
- Omvärldsbevakning avseende hur andra kommuner hanterar liknande stöd.
- Beakta de rekommendationer som framkom i KPMGs rapport Genomlysning av hantering av fonder, stiftelser och föreningsbidrag inom Vårld Gävle föreningsstöd från 2020.

Sektor Vårld återkommer med ett förnyat förslag till nytt reglemente på nämnden i april 2024.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Vårld

Kommande beslut: Remiss på
motion - Obligatorisk
utbildning i Hjärt-
lungräddning för personal i
skola, barnomsorg, vård och
omsorg

230N543



Tjänsteskrivelse

2024-02-14

Handläggare:

Caroline Engberg
026-17 80 00
caroline.engberg@gavle.se

Diarienummer: 23ON543

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Yttrande på remiss – Motion (V) – Obligatorisk utbildning i hjärt- och lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig i rubricerat ärende, som är en remiss på en motion från Vänsterpartiet gällande "Obligatorisk utbildning i hjärt- och lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg".

Yttrandet ska vara Kommunstyrelsens diarium tillhanda senast den 15 april 2024.

Yttrande

Enligt Arbetsmiljölagen måste alla arbetsgivare, både små och stora, privata och offentliga ha utbildning, beredskap och rutiner i bl.a. HLR (hjärt-lungräddning) och första hjälpen.

Arbetsgivaren har huvudansvaret för arbetsmiljön på arbetsplatsen. Det står i arbetsmiljölagen att en arbetsplats ska ha beredskap i första hjälpen och arbeta förebyggande för att minska risker i arbetsmiljön. Enligt arbetsmiljölagen (AML 4:10) har arbetsgivaren en skyldighet att följa Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd krävs att en arbetsplats har "en beredskap i första hjälpen för att klara de hjälpinsatser som måste vidtas direkt då en person skadas eller blir akut sjuk".

I Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete betonas också vikten av att "analysera risker och vidta förebyggande åtgärder genom att utse, utbilda och utrusta de arbetstagare som behövs för att genomföra första hjälpen..."

Enligt HLR-rådet, som är en rådgivande instans, är ett övergripande mål att alla ska kunna HLR. De rekommenderar att all personal inom hälso- och sjukvård ska ha utbildning i lägst Vuxen-HLR för sjukvårdspersonal (S-HLR). Rådet rekommenderar att all personal inom vård- och omsorg är utbildad i Vuxen-HLR och repeterar den utbildningen årligen.

Inom Valfärd Gävle genomförs utbildning i hjärt- och lungräddning regelbundet, dock undantaget åren med pandemin. Under 2023 har flera tillfällen inom Vuxen HLR erbjudits till vård- och omsorgspersonal samt till medarbetare inom den kommunala Vuxenbildningen. Utbildningen genomförts med de interna utbildarna som finns inom Valfärds verksamheter samt via utbildare från Räddningstjänsten.

Avsikten är att årligen erbjuda utbildningen, dock är det försvårande att skapa tillfällen för så många medarbetare som berörs dvs drygt 1500 personer.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig över remiss gällande " Obligatorisk utbildning i hjärt- och lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg".

Ärendet hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 27 mars 2024.

Bitr sektorchef Caroline Engberg har varit ansvarig handläggare i ärendet.

Missiv

Ärende Dnr 23KS159
Dok/Handl id 23KS159-3
2023-12-15

kommunstyrelsen@gavle.se

Till Omvårdnadsnämnden

Ärende Motion från Vänsterpartiet (V) - Obligatorisk utbildning i Hjärt- och lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg

Vårt dnr **23KS159**

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Motion från Vänsterpartiet (V)

Svarsdatum Senast den **15 april 2024**

Upplysningar

När du skriver ett yttrande, svara enbart på den att-sats/att-satser som motionären föreslagit eftersom det är den som ansvarig nämnd eller Kommunfullmäktige tar ställning till. Tänk också på att ett yttrande i sig inte behöver vara omfattande, viktigast i yttrandet är att frågorna nedan ska vara besvarande:

- Är det något som vi redan gör/finns idag? Något som det redan tagits beslut om?
- Är det i linje med ambitioner i politiskt beslutande program eller andra inriktningsbeslut? Är det rimligt och önskvärt i verksamheterna? Förbättrar det för kunden/medborgaren?
- Är det förenligt med lagen?
- Är det möjligt att genomföra detta inom befintlig ram eller behövs det resurstillskott eller omfördelning/nya prioriteringar?

Efter beslut ska protokollsutdrag samt yttrande skickas till Kommunstyrelsens diarium kommunstyrelsen@gavle.se senast angivet svarsdatum. Ange **23KS159** i ämnesraden.

Med vänlig hälsning

Registrator
Styrning och stöd
Informationsförvaltningsenheten



MOTION gällande obligatorisk utbildning i Hjärt- lungräddning för personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg

Nyligen avled en 45-årig man boende i Västerås, medan personal från hemtjänsten fanns på plats i hans lägenhet. Personalen larmade 112 och fick information om att de behövde utföra hjärt-lungräddning. Detta gjordes inte pga att personalen inte visste hur man gör.

Det borde vara en självklarhet att vård- och omsorgspersonal har kunskap i hjärt-lungräddning och känner sig säkra på hur det utförs, men inte heller i Gävle har alla den här utbildningen.

Gävle Kommun borde vara en arbetsgivare som tillser att deras personal inte utsätts för den frustration som det innebär att se en människa vars vård och omsorg man ansvarar för, avlida inför ens ögon för att adekvat kompetens saknas. Gävle Kommun borde ansvara för en vård och omsorg där personer inte riskerar att avlida för att personalen inte har utbildning i hjärt- lungräddning; en kompetens som är så grundläggande och så viktig att den är inskriven i läroplanen för grundskolan, (Lgr22) som CENTRALT INNEHÅLL i ämnet idrott och hälsa för årskurs 7-9.

Vänsterpartiet yrkar

- a t t all personal anställd i Gävle Kommun som i sin yrkesutövning har ansvar för vård, omsorg och tillsyn för andra personer (alltså personal i skola, barnomsorg, vård och omsorg) får utbildning i första hjälpen och hjärt- lungräddning
- a t t utbildningen kontinuerligt följs upp med repetitioner så att all personal känner trygghet i att deras kunskaper är uppdaterade

Maritha Johansson, kommunalråd i opposition, Vänsterpartiet

Informationsärende: Rapport
om ej verkställda beslut enligt
SoL, kvartal 4, år 2023

24

23ON172



Tjänsteskrivelse

2024-01-30

Diarienummer: 23ON172

Handläggare:

Katarina Pettersson Södergren
026-17 80 00
katarina.pettersson_sodergren@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Rapport om ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, kvartal 4, år 2023

Omvårdnadsnämnden är skyldig att kvartalsvis anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) inte har verkställts senast tre månader efter beslut. Nämnden ska på motsvarande sätt också rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid skall IVO ansöka hos förvaltningsrätten om utdömande av en särskild avgift. Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Insats vård- och omsorgsboenden

I rapporteringen för kvartal 4, år 2023 har 9 ärenden rapporterats.

1 ärenden återrapporteras icke verkställda på grund av att kunden enbart önskar ett specifikt boende och har därmed tackat nej till erbjuden insats.

5 ärende är verkställt under rapporteringsperioden.

1 ärende har avslutats utan verkställande då kunden återkallat sitt beslut.

2 nya ärenden har rapporterats icke verkställt på kunder som enbart önskar ett specifikt boende.

Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder över 65 år, Vålfärd Gävle

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
4(2023)	Vård och omsorgsboende	3

Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder under 65 år, Vålfärd Gävle

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
4(2023)	Vård och omsorgsboende	0

Insats dagverksamhet

I rapporteringen för kvartal 4, 2023 har 1 ärenden rapporterats in avseende insatsen dagverksamhet insats är erbjuden men kunden har tackat nej.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på dagverksamheten utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen är verkställd.

Insats avlösningsvistelse

I rapporteringen för kvartal 4, 2023 har 1 ärenden återrapporterats avseende insatsen avlösningsvistelsen, insats är erbjuden men kund har tackat nej. 2 nya ärenden har rapporterats där insats är erbjuden men kund har tackat nej.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på avlösningvistelsen utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen åter är verkställd.

Insats kontaktperson

I rapporteringen för kvartal 4, 2023 har ett ärende rapporterats på grund av att kunden tillfälligt befinner sig på annat ort.

Utdömande av särskild avgift

Om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer att en insats inte verkställts inom skälig tid kan IVO ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten enligt 16 kap 6 a § Socialtjänstlagen (2001:453) SoL.

Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Kommentar

Det finns i dagsläget inga aktuella ärenden om utdömande av särskild avgift.

Informationsärende: Anmälningsärenden

25

§ 2 Avsägelse samt fyllnadsval 2023

Dnr 23KS1

Expedieras till:
Berörda.

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar

att godkänna Margareta Larsson (M) avsägelse som ledamot i valberedningen from den 1 februari 2024.

att i övrigt godkänna avsägelserna och utse:

Per Puhls till Nämndeman i Gävle Tingsrätt år 2024–2027

Bernhard Pouzar till Nämndeman i Gävle Tingsrätt år 2024–2027 efter Camilla Persberger

Marianne Larsson (SD) till suppleant i Gävle Hamn AB efter Jenna Åkerlund (SD)

Nuvarande ersättare [Annelie Törnblom](#) (KD) till ledamot i Kultur- och fritidsnämnden efter Deborah Ishimwe (KD)

Victoria Almqvist (KD) till ersättare i Kultur- och fritidsnämnden efter Annelie Törnblom (KD)

att utse följande SD ledamöter och ersättare för perioden 2024-01-01–2024-12-31:

Romel Rached (SD) och Camilla Westman (SD) till ledamöter samt Olle Larsson (SD) och Susanna Olsson (SD) till ersättare i Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Staffan Engberg (SD) till ledamot och Jonas Florin (SD) till ersättare i Jävsnämnden

Thomas Norrman (SD) och Niklas Jansson (SD) till ledamöter samt Olle Larsson (SD) och Per-Anders Larsson (SD) till ersättare i Kultur- och fritidsnämnden

Elizabeth Puhls (SD) och Anna-Karin Åström (SD) till ledamöter samt Anneli Sjöholm (SD) och Mari-Anne Larsson (SD) till ersättare i Omvårdnadsnämnden

Christer Larsson (SD) och Hans Södergren (SD) till ledamöter samt Krister Nilsson (SD) och Åsa Norling (SD) till ersättare i Samhällsbyggnadsnämnden

Elizabeth Puhls (SD) och Birgitta Engberg (SD) till ledamöter samt Per Peterson (SD) och Anne Hedlund (SD) till ersättare i Socialnämnden

Wanja Delén (SD) och Niklas Jansson (SD) till ledamöter samt Veronika Öström (SD) till ersättare i Utbildningsnämnden (en ersättarplats vakant)

Justerare	Utdragsbestyrkande

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2023-12-11

Mattias Eriksson Falk (SD) till ledamot och Richard Carlsson (SD) till ersättare i Valnämnden

att föreslå kommunfullmäktige att bordlägga följande val:

Ersättare i socialnämnden efter Roland Ericsson (C)

Ledamot i Omvårdnadsnämnden efter Kerstin Monk (MP)

Ledamot/ordförande i Fonden för större arbetarbostäder efter Jimmy Åsberg (S) (from 1/1 2024)

Ledamot i kommunstyrelsen efter Margareta Larsson (M) (from 1/2 2024)

Ersättare i Krisledningsnämnden efter Margareta Larsson (M) (from 1/2 2024)

Suppleant i Gävle Stadshus AB efter Margareta Larsson (M) (from 1/2 2024)

Suppleant i Gävle Parkeringservice AB efter Margareta Larsson (M) (from 1/2 2024)

Ersättare i Utbildningsnämnden (SD)

Gode män enl fastighetsbildningslagen 2023–2026 (1 st tätortsförhållanden och 1st jordbruk eller skogsförhållanden)

Ärendebeskrivning

Följande valärenden är bordlagda sedan kommunfullmäktige 2023-11-27:
Nämndeman i Gävle Tingsrätt (SD)

Nämndeman till Gävle Tingsrätt år 2024–2027 efter Camilla Persberger (SD)

Suppleant i Gävle Hamn AB efter Jenna Åkerlund (SD)

Ledamot i Samhällsbyggnadsnämnden efter Andreas Kvarnström (SD)

Ersättare i socialnämnden efter Roland Ericsson (C)

Ledamot i Omvårdnadsnämnden efter Kerstin Monk (MP)

Ledamot/ordförande i Fonden för större arbetarbostäder Jimmy Åsberg (S) (from 1/1 2024)

Gode män enl fastighetsbildningslagen 2023–2026 (1 st tätortsförhållanden och 1st jordbruk eller skogsförhållanden)

Följande förtroendevalda har av sagt sig uppdragen:

Justerare	Utdragsbestyrkande

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2023-12-11

Margareta Larsson (M) ledamot i kommunstyrelsen, ersättare i Krisledningsnämnden suppleant i Gävle Stadshus AB samt suppleant i Gävle Parkeringsservice (from 1/2 2024)

Deborah Ishimwe (KD) ledamot i Kultur- och fritidsnämnden

Inlägg i ärendet

Per-Åke Fredriksson (L) och Daniel Olsson (S).

Ordförande meddelar att Margareta Larsson (M) har inkommit med en avsägelse som ledamot i valberedningen from den 1 februari 2024. Ordförande föreslår kommunfullmäktige bevilja avsägelsen.

Beslutsunderlag

- Protokoll valberedning 23-12-08, dnr 559528

Justerare			Utdragsbestyrkande



Verksamhetsplan dataskydd 2024

Informationsförvaltningsenheten, Gävle kommun

Bakgrund och syfte

Inom Gävle, Hofors och Ockelbo kommun är respektive nämnd, kommunalt bolag och kommunalförbund personuppgiftsansvarig för den behandling som de utför i sina verksamheter. Personuppgiftsansvarig ansvarar bland annat för att personuppgifterna behandlas lagligt, säkert och korrekt i enlighet med dataskyddsförordningen. Detta ansvar kan inte delegeras.

Verksamhetsplanen syftar till att skapa struktur och förmedla det arbete som planeras under det kommande året rörande dataskydd.

Dataskyddsombudets roll och uppdrag

Enligt dataskyddsförordningen ska myndigheter samt företag som hanterar stora mängder personuppgifter ha ett utnämnt dataskyddsombud. Dataskyddsombudet, som har en fristående ställning i förhållande till myndigheten eller företaget, ska kontrollera att dataskyddsförordningen följs inom organisationen genom att bland annat genomföra kontroller och informationsinsatser.

Dataskyddsombudets arbete består av både planerade såväl som händelsestyrda aktiviteter. Den övergripande och viktigaste uppgiften för dataskyddsombudet är att övervaka att organisationen följer dataskyddsförordningen. Det innebär bland annat att samla in information om hur organisationen behandlar personuppgifter, kontrollera att organisationen följer bestämmelser och interna styrdokument samt informera och ge råd inom organisationen. Dataskyddsombudet ska också ge råd om konsekvensbedömningar och incidenter, vara kontaktperson för tillsynsmyndigheten (Integritetskyddsmyndigheten IMY) och för de registrerade samt att samarbeta med IMY, till exempel vid tillsyn och inspektion.

Inom ramen för dataskyddsombudets kontrollerande arbete gör dataskyddsombudet en årlig granskning. Inriktningen på granskningen varierar år för år utifrån bland annat organisationens mognad och den risk som kan tänkas förekomma.

Planerade aktiviteter för 2024*

Januari	
Nätverksträff digitalt	26 januari kl 9-10
Årsrapport upprättas och distribueras **	
Uppstart valnämnderna inför EU-valet	
Februari	
Grundutbildning dataskyddsförordningen	13 februari kl 9-11
Nätverksträff fysiskt / hybrid - workshop registerförteckning	23 februari kl 9-11
Granskning H1 inleds - tema: kamerabevakning	
Mars	
Fortsättningsutbildning dataskyddsförordningen	14 mars kl 9-11
Nätverksträff digitalt	29 mars kl 9-10
Granskning H1 fortsätter	
April	
Nätverksträff digital	26 april kl 9-10
Granskning H1 fortsätter	
Maj	
Nätverksträff fysiskt / hybrid - workshop riskbedömning	31 maj kl 9-11
Presentation av granskning H1	
Juni	
Presentation av granskning H1	
Augusti	
Nätverksträff digitalt	30 augusti kl 9-10
Granskning H2 inleds - tema: styrande dokument	

* Observera att innehåll och detaljer kan komma att ändras under året med anledning av riskbaserade avväganden.

** Detta kan skilja för respektive personuppgiftsansvarig

September	
Grundutbildning dataskyddsförordningen	24 september kl 9-11
Nätverksträff fysiskt / hybrid - workshop utformning av informationstexter	27 september kl 9-11
Granskning H2 fortsätter	
Oktober	
Fortsättningsutbildning dataskyddsförordningen	10 oktober kl 9-11
Nätverksträff digitalt	25 oktober kl 9-10
Granskning H2 fortsätter	
Uppstart processkartläggning dataskyddsombud	
November	
Nätverksträff digitalt	29 oktober kl 9-10
Granskning H2 fortsätter	
December	
Nätverksträff fysiskt / hybrid – årsavslutning och workshop personuppgiftsbiträden, upprättande av avtal och uppföljning	12 december kl 13-15
Presentation granskning H2	
Verksamhetsplan 2025 upprättas och distribueras	
Löpande arbete	
Rådgivning och hantering av inkommande frågor	
Rådgivning vid och granskning av konsekvensbedömningar	
Rådgivning vid personuppgiftsincidenter	
Utfärda rekommendationer och vägledningar	
Skräddarsydda utbildningar efter dialog med organisationen	
Projekt IT-drift Hofors kommun	

Boel Burman

Dataskyddsombud

Fridah Gomér Pettersson

Dataskyddsombud



2023-12-14

Personuppgiftsansvarig*Omvårdnadsnämnden*

Granskningsrapport 2023

Dataskyddsombud

Boel Burman

Datum

2023-12-08

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1 Allmänt om dataskyddsförordningen, GDPR	4
1.2 Om årlig granskning	4
1.3 Avgränsning	5
1.4 Metod	5
1.5 Efterlevnad	5
2. Granskning	7
2.1 Del 1: Registerförteckningen	7
2.1.1 Utgångspunkt	7

2.1.2	Efterlevnad	Sid 259(314) 7
2.2	Del 2: Information till de registrerade	11
2.2.1	Utgångspunkt	11
2.2.2	Efterlevnad	11
2.3	Del 3: Personuppgiftsbiträdesavtal	13
2.3.1	Utgångspunkt	13
2.3.2	Efterlevnad	13
2.4	Uppföljning av föregående års granskningar.....	14
3.	Slutsats.....	16

Sammanfattning

I dataskyddsbudets kontrollerande arbete ingår att göra årliga granskningar. I 2023 års granskning har dataskyddsbudet granskat de dokumenterade behandlingarna i registerförteckningen (artikel 30), den information som lämnats till de registrerade (artikel 13 och 14) samt processen för upprättande och uppföljning av personuppgiftsbiträdesavtal (artikel 28).

Dataskyddsbudet (DSO) har också följt upp åtgärder och handlingsplaner avseende de två närmast föregående årens granskningar.

Granskningen visar att registerförteckningen har vissa brister, det bedöms inte ske ett kontinuerligt arbete med att uppdatera förteckningen och de flesta personuppgiftsbehandlingar är väldigt omfattande vilket påverkar bl.a. rättslig grund och ändamål. Det finns stora brister i informationen till de registrerade, det saknas bland annat specifik information om det olika personuppgiftsbehandlingar nämnden utför. Det finns vidare vissa brister i hanteringen av personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) där det är relativt få PUB-avtal tecknande för nämndens räkning och det görs inte någon uppföljning av ingångna PUB-avtal.

1. Inledning

1.1 Allmänt om dataskyddsförordningen, GDPR

Dataskyddsförordningen, GDPR, trädde i kraft inom EU den 25 maj 2018 och är det generella regelverk som reglerar behandlingen av personuppgifter i såväl privat som offentlig sektor. Dataskyddsförordningen är bindande och direkt tillämplig i samtliga EU:s medlemsländer, men tillåter och förutsätter att medlemsstaterna kompletterar förordningen med nationell lagstiftning.

Dataskyddsförordningen ska skydda enskildas grundläggande fri- och rättigheter, särskilt rätten till skydd av personuppgifter. Förordningens syfte är också att anpassa regelverket till det digitala samhället samt att skapa en enhetlig och likvärdig nivå för skyddet av personuppgifter inom EU så att det fria flödet av uppgifter inom unionen inte hindras.

Kraven i förordningen är ur ett internationellt perspektiv högt ställda och de organisationer som inte lever upp till dessa riskerar sanktioner från respektive lands tillsynsmyndighet. Den svenska tillsynsmyndigheten IMY, Integritetsskyddsmyndigheten, har möjlighet att utdöma administrativa sanktionsavgifter för svenska myndigheter och företag.

1.2 Om årlig granskning

Enligt dataskyddsförordningen ska myndigheter samt företag som hanterar stora mängder personuppgifter ha ett utnämnt dataskyddsombud. Dataskyddsombudet, som har en fristående ställning i förhållande till myndigheten eller företaget, ska kontrollera att dataskyddsförordningen följs inom organisationen genom att bland annat genomföra kontroller och informationsinsatser.

Inom ramen för dataskyddsombudets kontrollerande arbete gör dataskyddsombudet en årlig granskning. Inriktningen på granskningen varierar år för år utifrån bland annat organisationens mognad och den risk som kan tänkas förekomma. I årets granskning har dataskyddsombudet granskat tre olika områden. Det som har kontrolleras är de dokumenterade behandlingarna i registerförteckningen och den information som lämnas till de registrerade. Även hanteringen av personuppgiftsbiträdesavtal har granskats.

Dataskyddsombudet har också följt upp handlingsplaner och åtgärder som personuppgiftsansvarig vidtagit enligt tidigare rekommendationer som getts i samband med granskningarna de senaste två åren:

- Personuppgiftsbiträdesavtal och uppföljning av leverantörer (2022)
- Motivering av rättsliga grunder (2022)
- Information till anställda (2021)
- Konsekvensbedömningar avseende dataskydd (2021)

1.3 Avgränsning

Dataskyddsombudet har inte bedömt och värderat dokumenterat innehåll i registerförteckningen, utan enbart huruvida dataskyddsförordningens uppställda innehållskrav finns med. Vidare har granskningen av de s.k. bör-krav som finns med i förteckningen avgränsats till ett antal bör-krav som dataskyddsenheten bedömer som mest centrala för att öka efterlevnaden (behandlings namn och kategori/process, rättslig grund med motivering, information om personuppgiftsbiträden, information om konsekvensbedömningar, ev. begränsningar av de registrerades rättigheter, informations- och processägare på rollnivå samt senast uppdaterad).

Dataskyddsombudet har vidare begränsat granskningen av PUB-avtal till de nio frågor som ställdes i frågeformuläret till granskningen av resursskäl.

1.4 Metod

Ett antal frågor har skickats ut till den personuppgiftsansvariges dataskyddssamordnare som besvarats skriftligt. Dataskyddsombudet har begärt in registerförteckning, personuppgiftsbiträdesavtal och informationstexter.

1.5 Efterlevnad



Uppfyller dataskyddsförordningens krav



Uppfyller delvis dataskyddsförordningens krav, brister finns



Uppfyller till stora delar inte dataskyddsförordningens krav, stora brister finns

2. Granskning

2.1 Del 1: Registerförteckningen

2.1.1 Utgångspunkt

Enligt artikel 30.1 ska den personuppgiftsansvarige föra ett register över personuppgiftsbehandling som utförs under dess ansvar. Dessa ska kunna tillhandahållas till IMY vid en förfrågan eller tillsyn. Registerförteckningen är en upprättad handling och kan begäras ut såsom en allmän handling. Denna granskningsdel har som syfte att kontrollera dels att registerförteckningen innehåller de uppgifter som artikel 30.1 föreskriver, dels att det är rätt innehåll i registerförteckningen. Granskningen har även som syfte att säkerställa att registerförteckningen kan lämnas ut i ett lämpligt format såsom skulle bli aktuellt vid en tillsyn eller en begäran om allmän handling.

2.1.2 Efterlevnad



Uppfyller delvis dataskyddsförordningen krav, brister finns

Granskningen visade att:

Såsom dataskyddsombudet tolkar det utdrag av registerförteckningen i Excel, som skickats in som svar, så sker inget eller litet regelbundet arbete med omvårdnadsnämndens registerförteckning. För merparten av behandlingarna verkar senaste uppdateringen vara gjorda 2021. En registerförteckning är ett levande dokument som, enligt artikel 35 i dataskyddsförordningen, ska uppdateras regelbundet (se rekommendationen nedan). Vidare är varje personuppgiftsbehandling, så som det bedöms, så pass omfattande att det i många fall egentligen rör sig om flera personuppgiftsbehandlingar vilket påverkar flera andra krav som ställs på en registerförteckning (se nedan).

Kommentarer till registerförteckningen avseende kraven i artikel 30.1:

- Det framgår av registerförteckningen vilken nämnd som är personuppgiftsansvarig, men kontaktuppgifter till PUA saknas, i vart fall i

utdraget till Excel vilket är det som troligen kommer att lämnas ut om en begäran sker. Den som står som ansvarig har, om dataskyddsombudet förstått det rätt, slutat. Det finns kontaktuppgifter till DSO men uppgifterna behöver uppdateras med nya dataskyddsombudet (artikel 30 1a). Sid 265(314)

- Ändamål finns angivet för de personuppgiftsbehandlingar som finns upptagna i förteckningen. Eftersom många av behandlingarna är omfattande i sitt innehåll som tex "Insatser inom aktivitet och sysselsättning för äldre" eller "Insatser för äldre personer" blir också ändamålen omfattande. Detta påverkar också de rättsliga grunderna, se nedan. En behandling omfattar samtliga tre nämnder. (artikel 30 1b).
- Kategorier av personuppgifter finns redovisat i förteckningen men kategorier av registrerade verkar saknas. Dessutom finns viss information om känsliga och extra skyddsvärda personuppgifter. Någon granskning av om dessa stämmer har inte gjorts (artikel 30. 1c).
- Uppgifter om mottagare finns angivet för alla personuppgiftsbehandlingar i förteckningen, det finns även angivet syfte med utlämnandet och i vilken form det lämnas ut för en del behandlingar. Någon granskning av om informationen stämmer har inte gjorts (artikel 30 1d).
- Det finns information om överföring till tredjeland för alla redovisade personuppgiftsbehandlingar. För merparten av behandlingarna sker överföringar till tredjeland (USA) då Microsoft Office 365 används för någon del av behandlingen. Som det förstås är beslutet om att använda Office 365 fattat före Schrems II då Privacy Shield ansågs ge tillräckligt gott skydd (artikel 30 1e).
- Det finns för samtliga i förteckningen redovisade behandlingar information om gallring/radering så till vida att man hänvisar till dokumenthanteringsplanen (oklart om den är upprättad då diarienummer saknas). Samtidigt svarar man "vet ej" på frågan om det finns skriftliga gallringsrutiner vilket är lite motsägande då dokumenthanteringsplanen i vart fall är/bör vara styrdokumentet för skriftliga gallringsrutiner. I kommentarkolumnen till radering framgår att arkivansvarig ska under 2021 ska skapa en rutin för arkivering i ledningssystemet. om det är gjort framgår inte (artikel 30 1f).
- Det finns (samma) information om framför allt organisatoriska skyddsåtgärder och i något fall om tekniska skyddsåtgärder. Vanligen anges samma

organisatoriska skyddsåtgärder för alla personuppgiftsbehandlingar (artikel 30^{Sid 266(314)} 1g).

Det finns ett antal bör-krav som är rekommenderade att ha med i registerförteckningen för att ha en högre efterlevnad. Dataskyddsenheten har valt att fokusera på ett antal som nämns ovan. Som personuppgiftsansvarig kan man självklart välja att ha med fler bör-krav men fokus ligger på de som angivits ovan.

- Namn på de olika personuppgiftsbehandlingarna finns men de utgår inte ifrån processer eller är kopplade till processer vilket skulle underlätta förståelsen. Det är också omfattande innehåll i respektive behandling vilket påverkar såväl ändamål som rättslig grund (se nedan).
- Rättslig grund finns angivet för samtliga behandlingar men motivering saknas för alla. För flera av behandlingarna finns mer än en rättslig grund angiven vilket sannolikt beror på att varje behandling är omfattande (se även ovan).
- För nästan alla behandlingar finns det svar om det finns personuppgiftsbiträde eller ej, men det saknas information i några fall om vem som är personuppgiftsbiträde och om det finns ett PUB-avtal (för något fler). Eftersom varje behandling vanligen är omfattande så finns det rimligen mer än ett personuppgiftsbiträde.
- Det är otydligt om och i så fall vilka konsekvensbedömningar och informationsklassningar som eventuellt gjorts. Det kan dels bero på att det är länge sedan registerförteckningen (i sin helhet) uppdaterades, på att varje behandling i förteckningen är omfattande eller att den informationen finns någon annanstans.
- Det saknas helt information om eventuella begränsningar i de registrerade rättigheter. Det finns möjlighet att lägga in den informationen i Draftit.
- Det finns information om kontaktperson på enhetsnivå men inte informations- och processägare. Den som står som ansvarig är troligen tidigare dataskyddssamordnare.
- Senaste uppdaterat finns det information om och för alla behandlingar utom ett fåtal så har ingen uppdatering gjorts sedan 2021, dvs för två år sedan.

**Dataskyddsombudet rekommenderar den personuppgiftsansvarige
omvårdnadsnämnden att:**

- Registerförteckningen består i sin helhet av 15 personuppgiftsbehandlingar vilket framstår som (för) få för en så pass omfattande verksamhet. Ett skäl är att de behandlingar som finns i förteckningen är för omfattande. Detta behöver ses över och befintliga behandlingar delas upp. Därtill saknas det förmodligen också en del personuppgiftsbehandlingar som ingår i verksamheten. Det är en fördel att utgå ifrån verksamhetens processer i registerförteckningen.
- Att utifrån kommentarerna ovan justera och komplettera med information som att uppdatera med ny DSO, information om gallring, PUB-avtal, kategorier av personuppgifter m.m.
- Se över ändamål och också rättslig grund utifrån resonemanget ovan om att många av behandlingarna är (för) omfattande.
- Se över och bestämma om de bör-krav som dataskyddsombudet lyfter och som finns med i Draftit ska finnas med i registerförteckningen. Och om så är fallet komplettera med den informationen, tex. om konsekvensbedömningar och informations- och processägare.
- Att ta fram och besluta om en skriftlig rutin och/eller årshjul för att hålla registerförteckningen uppdaterade åtminstone årligen om inte en sådan redan finns samt tillsätta resurser för detta. Och att det av samma rutin framgår att förteckningen ska uppdateras så snart en ny behandling tillkommer eller en befintlig ändras. Samtliga nämnder inom sektor Välfärd kommer som dataskyddsombudet förstått det övergå till att ha registerförteckningen i Stratsys och i samband med det arbetet kan det vara lämpligt att ta fram ett årshjul eller likande.

2.2 Del 2: Information till de registrerade

2.2.1 Utgångspunkt

Den registrerade har rätt till insyn gällande personuppgiftsansvarigas behandling av dennes personuppgifter, vilket framgår av artikel 5.1 a dataskyddsförordningen, gällande principen om öppenhet. Artiklarna 13 och 14 i dataskyddsförordningen redogör vilken information som ska lämnas till den registrerade vid behandling. Ytterligare ett krav är att informationen ska lämnas i en koncis, klar och tydlig, begriplig och lätt tillgänglig form, med användning av ett klart och tydligt språk, i synnerhet för information som är särskilt riktad till barn, enligt artikel 12 dataskyddsförordningen. Vid bedömning av om informationen som lämnas till den registrerade lever upp till kraven i artikel 12 dataskyddsförordningen kan den europeiska dataskyddsstyrelsens "Riktlinjer om öppenhet enligt förordning (EU) 2016/679" användas för tolkning. Syftet med granskningen är att kontrollera att artiklarna 13–14 efterlevs.

2.2.2 Efterlevnad



Uppfyller till stora delar inte dataskyddsförordningens krav, stora brister finns

Granskningen visade att omvårdnadsnämnden har en generell information om nämndens personuppgiftsbehandling på Gävle kommuns hemsida. Till skillnad från arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden finns inte någon specifik information utifrån de olika personuppgiftsbehandlingar som görs av nämnden. Den generella informationen ger viss information men inte på den nivå och utifrån de krav som ställs i dataskyddsförordningen. Eftersom informationen är generell blir det inte tillräckligt tydligt för den registrerade varifrån uppgifterna hämtas (om det inte är från den registrerade själv), vad som är ändamål, rättslig grund, hur länge de specifika personuppgifterna sparar, vem de lämnas ut till och inte minst vilka personuppgifter som behandlas. Enligt rekommendationer från artikel 29-gruppen så ska man undvika att använda ord som "svävande" tex. kan, får, ofta och eventuellt, det skapar en

osäkerhet om vad som gäller. De registrerades rättigheter framgår genom att länka till kommunens generella information om detta. ^{Sid 269(314)}

Några stickprovskontroller på de blanketter som används för ansökan av olika tjänster som omsorgsnämnden ansvarar för visar att det finns en kort informationstext om dataskyddsförordningen och att det länkas vidare till informationen på hemsidan. Dock står det "Gävle kommun" och inte omvårdnadsnämnden vilket gör det otydligt vem som är personuppgiftsansvarig. Länken pekar också mot den generella informationen för hela kommunen.

Informationen ska vidare vara lättillgänglig enligt dataskyddsförordningen, dvs den registrerade ska inte behöva leta efter den. Det finns inte någon information på hemsidan (eller länk till sidan om dataskydd) under fliken "Omsorg och stöd" där omvårdnadsnämndens olika verksamheter och därmed olika personuppgiftsbehandlingar beskrivs. Det blir, som dataskyddsombudet bedömer det, ett rätt stort glapp mellan den generella informationen och den något mer specifika som finns på blanketter och e-tjänster.

Dataskyddsombudet rekommenderar den personuppgiftsansvarige omvårdnadsnämnden att:

- I likhet med arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden ta fram specifik information för de olika personuppgiftsbehandlingar nämnden utför. Där det framgår ändamål, rättslig grund, hur länge personuppgifterna sparas, vem som kommer ta del av uppgifterna, ev. tredjelandsoverföring och annat som är unikt för den specifika behandlingen. Uppgifter om registrerades rättigheter, kontaktuppgifter m.m. framgår av den generella informationen.
- Att förtydliga på ansökningsblanketter och likande vilken nämnd som är personuppgiftsansvarig.
- Att om möjligt ha information eller länka till sidan om dataskydd (med tillagd specificerad information om de olika personuppgiftsbehandlingarna) på den flik som heter Omsorg och stöd för att göra det enkelt för de registrerade att hitta informationen.

Ett exempel på hur man kan lägga upp informationen på kommunens hemsida är IMY:s egen information: [Behandling av personuppgifter | IMY](#)

2.3 Del 3: Personuppgiftsbiträdesavtal

2.3.1 Utgångspunkt

Ett så kallat personuppgiftsbiträdesavtal, "PUB-avtal", är ett avtal som den personuppgiftsansvarige, dvs respektive nämnd, kommunalt bolag och kommunalförbund, enligt GDPR artikel 28 måste upprätta med samtliga personuppgiftsbiträden. Avtalen, som inte får vara muntligt, reglerar hur biträdet får behandla personuppgifterna och vilka extra skyddsåtgärder som behöver vidtas. Avtalet reglerar även om personuppgifter får överföras till tredjeland. Syftet med granskningen är att kontrollera att artikel 28 efterlevs.

2.3.2 Efterlevnad



Uppfyller delvis dataskyddsförordningen krav, brister finns

I granskningsunderlaget ställdes nio frågor rörande tecknande av personuppgiftsbiträdesavtal och uppföljningen av dessa. Samt att en förteckning över samtliga PUB-avtal efterfrågades.

Granskningen visade att

- Sektor Vårld och därmed omvårdnadsnämnden har i augusti-september 2023 tagit fram en rutin för upprättande och uppsägning av PUB-avtal. Den ska, som det förstås av svaret, publiceras i ledningssystemet när den är granskad och godkänd. Innehållet i rutinen har inte vid detta tillfälle granskats av dataskyddsombudet men däremot har synpunkter lämnats tidigare.
- Av den inskickade förteckningen av PUB-avtal framgår att det finns tretton PUB-avtal diarieförda för omvårdnadsnämnden. Att det är så pass få PUB-avtal gör att dataskyddsombudet bedömer att det inte tecknats PUB-avtal för alla personuppgiftsbehandlingar som utförs av annan för nämndens räkning. Det skulle kunna bero på att avtalen förvaras på annat ställe och/eller att det saknas PUB-avtal för de leverantörer som behandlar personuppgifter för nämndens räkning.

- Det saknas rutiner för uppföljning av nämndens PUB-avtal. Att följa upp Sid 271(314) ingångna avtal är ett krav i dataskyddsförordningen, artikel 28.
- När det gäller frågan om samtliga personuppgifter som skickas till tredje land har en giltig överföringsmekanism så lyfts en fråga som gäller för hela Gävle kommun rörande bl.a. Microsoft 365 tjänster. I dagsläget finns ett beslut om adekvat skyddsnivå för USA förutsatt att mottagaren omfattas av EU-U.S. Data Privacy Framework. Det är dock troligt att detta beslut kommer att prövas precis som de två tidigare besluten (som sedan har upphävts).

Dataskyddsombudet rekommenderar den personuppgiftsansvarige omvårdnadsnämnden att:

- Se över om det tecknats PUB-avtal med samtliga leverantörer som behandlar personuppgifter för nämndens räkning samt hålla dem ordnade enligt informationshanteringsplanen så att det uppfyller kraven vid ett utlämnande av allmän handling.
- Ta fram och implementera en rutin för granskning/uppföljning av ingångna PUB-avtal. En rekommendation med förslag på uppföljande frågor kommer att komma inom kort från dataskyddsombuden och informationssäkerhetssamordnaren.
- Problematiken med tredjelandsöverföringar är gemensam för hela kommunen men varje nämnd behöver ta ställning till hur man bedömer nuvarande läge utifrån den nya överenskommelsen mellan EU/EES och USA.

2.4 Uppföljning av föregående års granskningar

Dataskyddsombudet har vid tidigare års granskningar funnit brister i funnit brister i vissa områden i dataskyddarbetet hos arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

2021 granskades Personuppgiftsansvarigas information om personuppgiftsbehandlingar till anställda samt konsekvensbedömningar.

När det gäller information till anställda så har tidigare DSO rekommenderat att hela sektor Välfärd ska komplettera information om personuppgiftsbehandling vid personaladministration till anställda; genomföra översyn över hur anställda informeras om personuppgiftsbehandlingen i passagesystem; fastställa rutin över hur anställda får

använda sig av arbetsgivarens datorer och e-post samt informera anställda om rutin^{Sid 272(314)} samt komplettera rutin för loggkontroll med att klargöra hur information lämnas till användare. Av svaret från dataskyddssamordnaren framgår att ingen överlämning gjorts från föregående DSS och det är därför oklart om rekommendationerna följts. Rekommendationen kvarstår därför.

Rekommendationen när det gäller konsekvensbedömningar var att dels att komplettera registerförteckningen med information om dessa genomförts dels att genomföra konsekvensbedömningar i de fall en personuppgiftsbehandling uppfyller kraven för det. Rekommendationen kvarstår framför allt när det gäller registerförteckningen. När det gäller genomförande av konsekvensbedömningar är dataskyddssombudets bild att de genomförts i rätt stor utsträckning men att det återstår arbete för flertalet behandlingar.

2022 granskades personuppgiftsansvariges uppföljning av personuppgiftsbiträden samt rättslig grund med motivering. När det gäller rutin för tecknande och uppsägning av PUB-avtal har ett förslag på rutin tagit fram och ska inom kort beslutas så den delen av föregående års rekommendation är färdig. I övrigt kvarstår föregående års rekommendationer (se även ovan om PUB-avtal).

3. Slutsats

Dataskyddsombudet har i sin årliga granskning funnit brister i omvårdnandsnämndens dataskyddsarbete. Arbetet med dataskydd, är precis som annat kvalitetsarbete, en pågående process med som aldrig blir helt färdigt. Samhällsutvecklingen som går i allt snabbare takt och de förändringar som sker i omvärlden i stort ställer både större och nya krav på dataskyddsarbetet. Dataskyddsombudet rekommenderar därför den personuppgiftsansvarige att fortsätta arbeta aktivt med frågor kopplade till dataskydd för att hantera de brister som konstaterats samt skapa en god dataskyddskultur.

Årsrapport informationssäkerhetsarbete 2023

Redogörelse för informationssäkerhetsarbetet inom Valfärd Gävle

2024-01-08

Förord

Denna årsrapport redogör övergripande för informationssäkerhetsarbetet inom sektor Vårld, Gävle kommun. En stor del av informationssäkerhetsarbetet sker i det dagliga arbetet i linjeorganisationen. Den här rapporten tar snarare fokus på de andra operativa och strategiska insatser som sker från centralt håll hos Vårld Gävle.

2024-01-08

Anita Härdelin
Informationssäkerhetssamordnare
Vårld Gävle

Adrian Henriksson Severin
Övergripande informations-
säkerhetssamordnare (CISO)
Gävle kommunkoncern

Innehåll

Årsrapport informatinssäkerhetsarbete 2023.....	1
Förord.....	2
Inledning.....	4
Om informationssäkerhetsarbetet inom Valfärd Gävle	4
GAP-analys	5
Omvärldsbevakning.....	7
Verksamhet under året.....	12
Stödjande arbete.....	12
Samordnande arbete	13
Aktiviteter	13
Incidenter.....	19
Plan för kommande år	19
Bedömning av informationssäkerhetsarbetet hos Valfärd Gävle	20

Inledning

Kommunfullmäktige har beslutat om en policy för informationssäkerhet som säger att kommunens verksamheter ska bedriva ett systematiskt informationssäkerhetsarbete. Viss verksamhet i sektor Vårld, hälso- och sjukvård, omfattas även av EU-direktivet Network Information Security, NIS samt nationell lagstiftning i form av Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Arbetet med att etablera systematiskt informationssäkerhetsarbete inom sektor Vårld startade 2022 genom att en informationssäkerhetssamordnare (ISS) tillsattes. Hen har under 2023 arbetat heltid med informationssäkerhet och tillsammans med kommunens övergripande informationssäkerhetssamordnare (CISO).

Målsättningen med denna årsrapport är att beskriva vad vi hittills har åstadkommit men också belysa viktiga aktiviteter som behöver prioriteras i det fortsatta arbetet.

Om informationssäkerhetsarbetet inom Vårld Gävle

Vid start av 2022 bemannades rollen som ISS vid Vårld Gävle. Arbetet med att etablera ett systematiskt informationssäkerhetsarbete för sektorns verksamheter och implementera den svenska lagstiftningen från 2018 utifrån NIS-direktivet påbörjades av Informationssäkerhetssamordnare med stöd av CISO. Arbetet under 2023, med fortsatt etablering har skett mer och mer självständigt av Informationssäkerhetssamordnare och vid behov med stöd av CISO. ISS har under året deltagit i flera digitala utbildningar och seminarier i syfte att öka kompetensen på området för sektor Vårld.

En ny Dataskyddssamordnare (DSS) tillträdde i början på 2023 och ett gott samarbete har utvecklats.

För det systematiska informationssäkerhetsarbetet tillämpas en ledningsmodell framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Del ett, Identifiera och analysera har slutförts under året och delarna två och tre, Utforma och Använda pågår med avslutade och pågående aktiviteter som redovisas längre fram i rapporten.

GAP-analys

GAP-analyserna har genomförts med stöd av MSB:s verktyg "Infosäk-kollen" och bör genomföras vart annat år. ISS ville ändå genomföra en GAP-analys även för 2023 för att se hur långt sektorn kommit i arbetet med etableringen.

Verktyget består av 40 frågor på 4 olika nivåer. På varje fråga finns olika alternativ beroende på om/i vilken omfattning det systematiska informationssäkerhetsarbetet bedrivs inom organisationen. Varje fråga kan ge poäng mellan 0 och 5 beroende på vilket svar som ges.

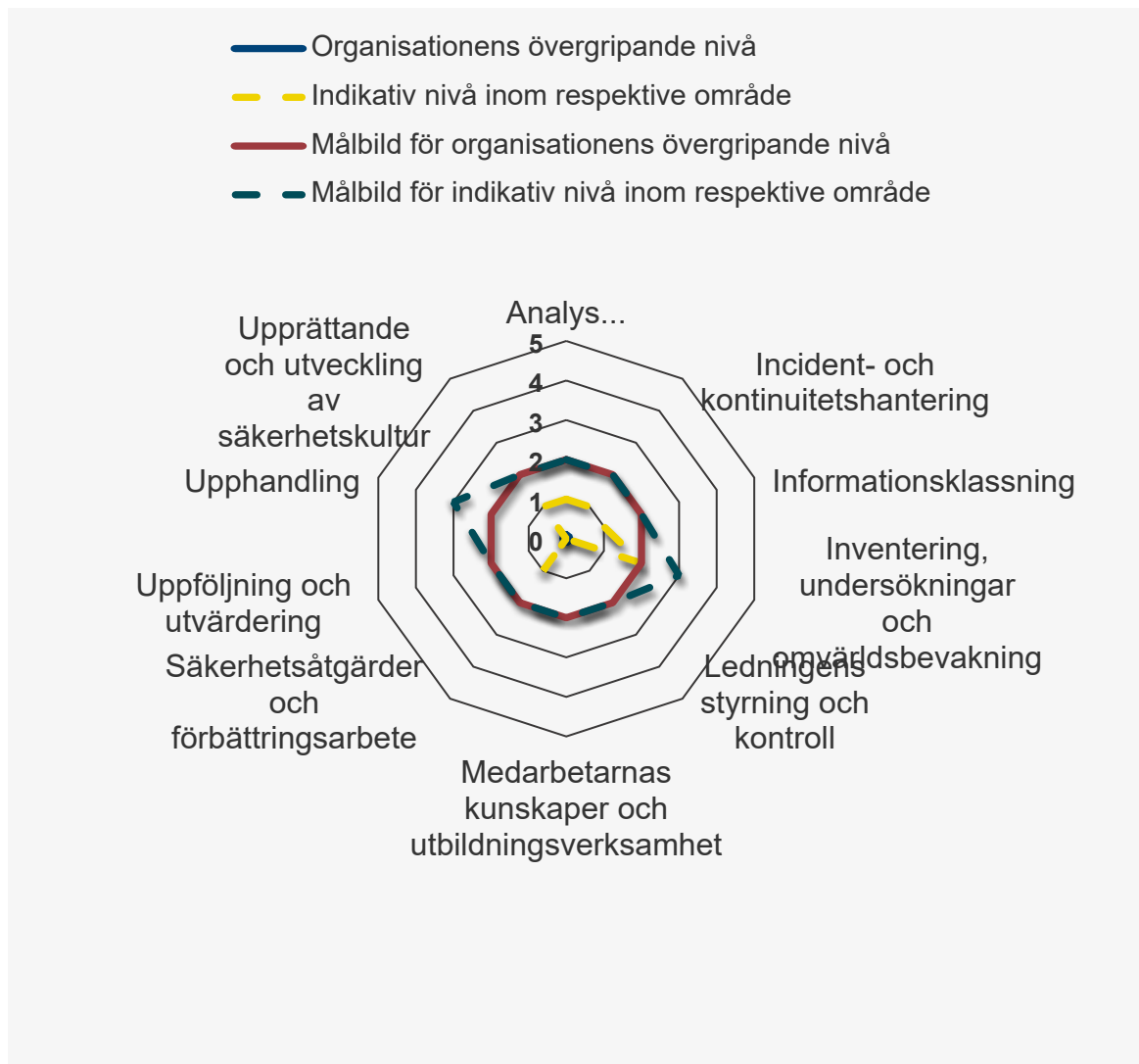
Resultatet visar på en liten positiv utveckling av det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Dock har inte CISO:s mål uppnåtts.

Områden som har erhållit låga eller inga poäng och där en hel del arbete återstår är:

- Mål och inriktning för informationssäkerhetsarbetet*
- Inventering av system och nätverk samt informationssäkerhetsklassning av samtliga system och nätverk.
- Informationsägare – etablering av rollen
- Utbildning samt medarbetarnas kunskap om och agerande informationssäkert, informationssäkerhetskultur
- Kontinuitetshantering – beskrivning och regelbunden uppföljning
- Ledningens engagemang och uppföljning av informationssäkerhetsarbetet*
- Upphandling och uppföljning av leverantörer och deras leveranser*
- Riskhantering - analys, genomförande och utvärdering om åtgärd gav önskad effekt

*kommer som krav och lag i och med NIS2

Gap-analys 2022



GAP-analys 2023



Omvärldsbevakning

Cybersäkerhet

Den tekniska utvecklingen och digitaliseringen går snabbt. Säkerheten har inte följt med i samma tempo. Det innebär att både enskilda organisationer och hela samhället blir sårbart för olika cyberhot. För att uppnå en så god cybersäkerhet som möjligt är viktigt att arbeta både proaktivt och reaktivt. I dag är många IT-system inte längre enbart ett stöd för verksamheten, utan en förutsättning för att verksamheten ska fungera. Det finns också ett större beroende mellan olika IT-system i dagens samhälle. Dessa beroenden sträcker sig både inom och mellan organisationer och mellan länder. Därför är det viktigt för både privat och offentlig verksamhet att förebygga och åtgärda säkerhetsbrister i verksamhetskritiska

system. Att vara medveten om hur hoten ser ut och vad som går att göra för att skydda ^{Sid 281(314)} viktiga data och information är en nationell angelägenhet.¹

Europeiska rådet/Europeiska unionens råd skriver att med mer än 10 terabyte data stulna varje månad är **utpressningsprogram ett av de största cyberhoten i EU**, och nätfiske är det vanligaste sättet på vilket sådana attacker inleds. DDoS-attacker hör också till de största hoten. Den årliga kostnad som it-brottsligheten åsamkar den globala ekonomin beräknas ha uppgått till **5,5 biljoner euro** i slutet av 2020, vilket är dubbelt så mycket som 2015.²

Rysslands militära aggression mot Ukraina har förändrat hotbilden i Europa under 2022. Konflikten har mobiliserat många hacktivister, cyberbrottslingar och statsstödda grupper.

Sjukvården har hamnat i cyberbrottslingarnas fokus och under de senaste sex månaderna och är den sektor som är hårdast drabbad av attacker i Sverige enligt statistik från säkerhetsföretaget Check Point. Och attackerna har ökat rejält under året. När Check Point lade fram sin halvårsstatistik i februari låg cyberattackerna på i snitt 662 i veckan och sjukvården hamnade på sjätte plats. Det senaste halvåret har attackerna ökat till i snitt 1 071 i veckan. Det är fler än myndigheter och försvar som i snitt utsätts för 1 059 attacker i veckan.³

Informations- och cybersäkerhet står högt upp på regeringens agenda. Regeringen har under 2023 inlett arbetet med att ta fram en ny informations- och cybersäkerhetsstrategi. Med en ny nationell strategi, som en del av implementeringen av NIS2-direktivet, finns förutsättningar att knyta samman satsningar nationellt, inom EU och inför ett svenskt Natomedlemskap.

Riksrevisionen menar att regeringens styrning av samhällets informations- och cybersäkerhet – både brådskande och viktig (RiR 2023:8) Digitaliseringen har slagit igenom i alla samhällssektorer på alla nivåer. Det ökar behovet av informations- och cybersäkerhet. Cybersäkerhetshotet sägs också öka. Ansvar för att hantera riskerna, hoten och sårbarheterna samt öka säkerheten är delat, både inom Regeringskansliet och mellan

¹ 31 maj 2022, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, www.msb.se/sv/amnesomraden/informationssakerhet-cybersakerhet-och-sakra-kommunikationer/cyberhot/

² www.consilium.europa.eu

³ 22 nov 2023, Computer Sweden, computersweden.idg.se/2.2683/1.780449/cyberattackerna-okar-varden-extra-utsatt?utm_source=dmdelivery&utm_medium=email&utm_campaign=CS%20FIRST%20LOOK%20-%20Morning%202023%202023-11-23%2011%3A19%3A41

myndigheter. I regeringens informations- och cybersäkerhetsstrategi beskrivs ett antal ^{Sid 282(314)} målsättningar för arbetet. Sex år efter dess införande finns det fortfarande problem inom strategins samtliga områden. Riksrevisionen har därför granskat om regeringens arbete för att stärka Sveriges informations- och cybersäkerhet har varit effektivt. Riksrevisionens övergripande slutsats är att regeringens arbete inom området inte har varit det. Den centrala bristen är avsaknad av strategiska avvägningar och prioriteringar som inriktar informations- och cybersäkerhetsarbetet. Ett tydligt exempel på brister i strategiska avvägningar är hur Sverige arbetar med frågorna i och gentemot EU. Arbetet i EU bedrivs i hög takt och om Sverige inte är med och påverkar det arbetet tidigt är risken stor att det internationella regelverket inte gynnar svenska intressen i samma utsträckning som annars hade varit möjligt. ⁴

Advenica skriver att kommunerna är särskilt utsatta för riskerna med digitaliseringen då de även ansvarar för många andra samhällsviktiga funktioner. En cyberattack kan därför resultera i stora samhälleliga effekter. Trots detta har sju av tio blivit utsatta och närmare nio av tio kommuner är oroliga för att bli utsatta för en cyberattack. Samtidigt är en hög andel osäkra kring sin kommuns förmåga att klara en cyberattack och två tredjedelar av de säkerhetsansvariga upplever att cybersäkerheten inte tas på tillräckligt stort allvar bland de kommunanställda tjänstemännen.⁵

Voister skriver att 44 procent av kommuner och regioner är utsatta för cyberattacker ⁶

Enligt Verizon beror cirka 82 % av cyberintrången under 2022 på ett mänskligt fel. Den mänskliga faktorn fortsätter att vara en av de stora anledningarna bakom cyberattackerna på företag och organisationer. Medarbetares oförmåga att identifiera olika typer av cyberhot, som exempelvis nätfiske, gör att de är sårbara och lätt blir måltavlorna för cyberkriminella. Trenden av den mänskliga faktorn som ett av de största cyberhoten för verksamheter fortsätter under 2023.⁷

⁴ 27 april 2023, Riksrevisionen, www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2023/regeringens-styrning-av-samhallets-informations--och-cybersakerhet---bade-bradskande-och-viktig.html

⁵ 5 april 2023, Advenica, [Kommunerna är inte förberedda på cyberattacker | Advenica](#)

⁶ 27 mars 2023, uppdaterad 2 oktober 2023, Voister, [44 procent av kommuner och regioner utsatta för cyberattacker - Voister](#)

⁷ 1 februari, Team Tinia, tinia.se/insights/cybersakerhetstrender-ar-2023-den-manskliga-faktorn

Cyberattacker i Sverige

Under året har vi läst om andra svenska verksamheter som drabbats av cyberattacker, och några exempel som hänt under november och december är Svenska kyrkan⁸, Ljusdals kommuns⁹ underleverantör av ekonomisystemet Å-data, Härjedalens kommun¹⁰ och Coop Värmland¹¹ där antagonisterna nu publicerar anställdas personuppgifter på Darknet¹² som de kommit över vid attacken. Ja, listan kan göras lång!

Säkerhetskultur Gävle kommunkoncern

Under informationssäkerhetsmånaden genomförde Styrning och Stöd, Gävle kommun en aktivitet med syfte att mäta informationssäkerhetskulturen hos chefer. Ett fejkat mejl skickades ut till ca 350 chefer. Mejl såg ut som det kom externt och hade varningsbanner och med rubriken "här kommer bilderna från senaste chefsmötet". Budskapet i mejlet var dels att klicka på bifogad fil för att få åtkomst till bilderna, dels att lämna ifrån sig personlig inloggningsinformation. Resultatet visade att

- 15 chefer både klickade på bifogad länk samt lämnade sina inloggningsuppgifter.
- det tog 2 min 13 sekunder efter att mejlet skickats ut när första chefen klickat och lämnat inloggningsuppgifterna.
- 55 chefer laddade ner bifogade filen.
- Ingen rapport inkom till IT-supporten om att de upptäckt ett fejkat mejl.

Om det hade varit ett skarpt mejl från en antagonist hade det inneburit att

- 1 400 användarkonton hade blivit kapade.
- 2200 datorer infekterade med skadlig kod.

Vad gäller resultatet för Valfärd Gävle säger IT-säkerhetsansvarig så här:

"Av de mottagare som uppgav användarnamn och lösenord (15st) var:

- 40% från Valfärd Gävle

⁸ [Stora problem efter cyberattacker mot Svenska kyrkan | SVT Nyheter](#)

⁹ [Viktig information om kommunens ekonomisystem Å-data - Ljusdals kommun](#)

¹⁰ [Härjedalens kommun är drabbad av en IT-attack - Härjedalens kommun \(herjedalen.se\)](#)

¹¹ [Svenskvaruhuskedjan Coop svarar på cyberattacker \(therecord.media\)](#)

¹² [Coop-anställda hängs ut på darknet efter cyberattacker | SVT Nyheter](#)

Av de användare som klickade på den bifogade filen (55st) var:

- 47% från Valfärd Gävle

Detta behöver ställas i proportion till hur många av mottagarna (349st) som är chefer på Valfärd för att vara rättvisande.”

Frågor som kan ställas är

- Hur får vi tillgång till behövlig information om våra kunder och deras behov av insatser om/när vi blir drabbade? Har vi tillgång till analog information?
- Kan vi fortsätta vårt uppdrag att leverera en välfärd att lita på till våra kunder och med tryggheten att vi levererar rätt insats till rätt kund vid rätt tidpunkt?
- Om vi skulle misslyckas med våra uppdrag, vilka konsekvenser skulle det kunna bli för våra kunder och särskilt våra mest utsatta kunder?

Aktiviteten visar att informationssäkerhetskulturen behöver utvecklas inom kommunen både för cheferna som är ytterst ansvariga för informationssäkerheten och för samtliga medarbetare så säkerhetskulturen blir lika självklar som sekretessen är.

Kommande lagstiftning – NIS 2

Under hösten 2022 beslutade EU parlamentet om att justera NIS direktivet, med benämningen NIS 2. Syftet är att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem inom Europeiska unionen som en följd av den ökade digitaliseringen och hotbilden av cyberhot. Kraven i NIS 2 avser att harmonisera införlivandet av reglerna i NIS inom unionen, utöka samarbetet mellan medlemsstaterna och att utöka antalet sektorer och aktörer som omfattas av regleringen. Medlemsstaterna har tid på sig fram till oktober 2024 att implementera direktivet i nationell lagstiftning. För Sveriges del kommer ett betänkande under februari 2024 då vi får mer information om hur Sverige har tänkt implementera direktivet i den svenska lagstiftningen. Bland nyheterna i NIS 2 och som MSB berättade mer om i december 2023 finns bland annat möjlighet för tillsynsmyndighet att ta ut högre vite vid misskötsamhet, personligt ansvar för ledningen, ytterligare entiteter som till

exempel offentlig förvaltning samt krav på kontroll och uppföljning av våra IT-leveranser, ^{Sid 285(314)} både från leverantörer och dess underleverantörer.

Förhandsinformationen från MSB sammanställdes i en rapport¹³ med rekommendationer till aktiviteter att vidta under tiden innan lagstiftning börjar gälla. Rekommendationerna avser till exempel att redan nu organisera för ett arbete kring uppföljning av leverantörer och dess underleverantörers leveranser, kartlägga vilket stöd ledningen behöver utifrån ökade krav på ledningens ansvar, plan för att kommande ny lagstiftning - CER¹⁴ ska implementeras parallellt med NIS 2 samt kartlägga vilka system, nätverk och verksamheter som kommer att påverkas att entiteten offentlig förvaltning även kommer att omfatta kommuner.

Verksamhet under året

Stödjande arbete

Riskanalyser har genomförts dels i samband med informationsklassningar och konsekvensbedömningar, dels vid enbart behov av riskanalys.

Stöd vad gäller **informationssäkerhetskrav** vid vissa direktupphandlingar och upphandlingar av IT-stöd.

Stöd i **specifika frågor** kring informationssäkerhet, såsom implementation av NIS inom Hälso- och sjukvård.

Rekommendationer och **avrådan** vid exempelvis anskaffning av IT-lösningar.

22 informationsklassningar har genomförts under året som lett till en handlingsplan som överlämnats för genomförande till Informationsägare (chef).

2 Rekommendationer om att inte köpa in/anskaffa har lämnats till chef samt informerats till biträdande sektorchef.

30 incidentrapporter har skrivits och överlämnats till ledningen, nämnd och informations- och/eller systemägare (chef).

¹³ 23AFN245, 23ON548, 23SON266

¹⁴ [EU och arbetet med att stärka motståndskraften i samhällsviktig verksamhet \(msb.se\)](#)

1 Riskrapport har skrivits och överlämnats till ledningen, nämnd och informations- och/eller systemägare (chef). ^{Sid 286(314)}

4 incidentrapporter till MSB, i enlighet med Lag om samhällsviktiga tjänster. (2018:1174)

Ett antal ringa informationssäkerhetsincidenter, utifrån brist i konfidentialiteten, har rapporterats tillsammans med incidentrapporteringen för personuppgiftsincident.

3 rapporter från **omvärldsbevakning** har skrivit och delgett Sektorsledningen.

1 Rapport med **rekommendation inför ny lagstiftning** kring NIS2 och CER har skrivits och delgett verksamhetschef och biträdande sektorchef.

Utbildning och information på APT:er och verksamhetsmöten.

- Nyanställd DSS, MAS och MAR
- 2 enheter inom Kontor Utveckling och stöd
- 2 enheter inom Kontor Myndighet
- 2 enheter inom Kontor Arbetsmarknad och funktionsrätt
- DISK¹⁵ inom Komvux, Kontor Arbetsmarknad och funktionsrätt
- Vid stå-möte inom Kontor Utveckling och stöd
- Ledningsgruppen Kontor Hälso- och sjukvård
- Introduktion nyanställda inom Kontor Utveckling och stöd

Särskilt samarbete med anledning av NIS-direktivet

Samarbete har genomförts med kontoret Hälso- och sjukvård vad gäller NIS direktivet genom särskild utbildning för ledningsgruppen samt dialog kring de oacceptabla antal systemavbrott i Treserva/TES under året vilket påverkar kontorets förutsättningar för en trygg insatsverksamhet.

Samordnande arbete

Första fasen "Identifiera och analysera" i metodstöd för införande av systematiskt informationsarbete har genomförts. Det planerade arbetet med det fortsatta arbetet med riskanalys med Sektorsledningen har tagits över av kontorsledningsgruppen för Utveckling och stöd. Ingen plan för fortsatta arbetet har kommunicerats.

Arbetet i fas 2 och 3 har startat och vissa aktiviteter är genomförda. Plan för fas 2 och 3 ska slutföras senast under Q1 2024.

Aktiviteter

Utbildning och informationssäkerhetskultur

Förslag till **utbildningsplan** togs fram 2022 och överlämnades för diskussion och beslut till biträdande sektorchef.

¹⁵ Dataskydd- och InformationsSäkerhetsKoordinator

Organisation

Förslag till organisation togs fram under 2023 och överlämnades för diskussion till biträdande sektorchef. Två förslag var mest angelägna att få på plats. Dels föreslaget till att **inrätta en styrgrupp** för frågor kring informationssäkerhet och dataskydd. Biträdande sektorchef beslutade att befintlig styrgrupp kring strategiska och operativa IT frågor på sektor Valfärd skulle hantera även dessa frågor och beslut. ISS och DSS deltar i denna styrgrupp från och med hösten 2023.

Förslaget till att **utse chefstöd**, så kallade DISK:ar i organisationen i syfte att dels stödja chefer (Informationsägare) i deras ansvar för informationssäkerheten inom sin verksamhet, dels som samtalskontakt vid incidenter och registerutdrag och behov av stöd i varje verksamhet med ISS och DSS har inte genomförts. Dock finns en DISK utsedd i organisationen (Komvux) och som utsågs utifrån eget initiativ. En avgörande framgångsfaktor i att uppnå en acceptabel informationssäkerhetskultur inom sektorn är att etablera en organisation i hela sektorn så kunskap och kompetens kan spridas som ringar på vattnet och därmed bli en naturlig del i det dagliga arbetet på liknande sätt som sekretess. Att ha en organisation med få medarbetare centralt för dessa frågor kommer inte att bidra till en ökad informationssäkerhetskultur i sektorn, vilken är en stor risk för vår möjlighet att skydda vår information som vi har ett stort behov av för att utföra vårt uppdrag tryggt och en välfärd att lita på för våra kunder. Se även resultat av aktivitet kring fejkat mejl till chefer tidigare i denna rapport.

Inköp och upphandling

Förslag till komplettering i **checklistan vid direktupphandling togs fram 2022** och ett **uppdrag om rutin vid upphandlingar av IT-lösningar inom sektorn** gavs till chef IT inom sektorn. Rutinen ska bland annat innebära att informationssäkerhet alltid ska beaktas inför varje upphandling. Ingen rutin finns ännu på plats utan ISS försöker informera om behovet och nyttan med att tidigt säkerställa informationssäkerheten och dataskyddet i tänkt IT-lösning när hen får vetskap om upphandling som är aktuell.

Incidentrapportering

Process och ansvar för **incidentrapporteringen internt** har påbörjats och förbättras löpande. Processen har utformats så likformigt som möjligt med incidentrapportering inom dataskydd. Ansvar för uppgiften under kontorstid är ISS med DSS som vikarie.

Process och ansvar för incidentrapportering till MSB när rapporteringsskyldighet uppnått i Hälso- och sjukvårdsverksamheten är beslutat. Under kontorstid bedömer ISS om rapporteringsskyldigheten uppnått. Vid längre frånvaro för ISS är DSS i första hand vikarie och Systemförvaltningsenheten i andra hand.

Även en rutin för **incidentrapportering till sektorns tre nämnder** har införts. Processen är likformig med dataskyddsincidentrapporteringen. Införandet har skett tillsammans med nämndsamordnare och Dataskyddssamordnare.

Rutin för **incidenthantering vid avbrott i system som berör flera verksamheter**, så kallad Task Force har tagit fram i samarbete med systemförvaltning, informationssäkerhet och dataskydd samt kommunikation. Rutinen har dokumenterats under Q4 2023. Syfte med rutinen är att effektivisera kommunikationen till berörda verksamheter, ledning och mellan våra stödverksamheter under ett större avbrott.

Genomförande av åtgärder i syfte att öka informationssäkerheten

Vid informationssäkerhetsklassningar identifieras åtgärder för att minimera eller eliminera risker för att vi inte lyckas skydda informationen. Även vid incidentrapportering ges förslag till åtgärder, som godkänns av chef, för att motsvarande incident inte ska inträffa igen.

Dessa åtgärder läggs in i ledningssystemet Stratsys som stöd för genomförandet och för uppföljning. Under året har 104 åtgärder lagts in och av dessa har 31 klarmarkeras och 56 har förfallit. Övriga 17 har ett slutdatum in på 2024. Det innebär att 36 % av åtgärderna har åtgärdats och därmed bidragit till att ökat informationssäkerheten medan 64 % av åtgärderna inte genomförts utan fortfarande är risker för att informationen inte har tillräckligt skydd. Konstaterat är att engagemanget att genomföra åtgärder och därmed öka informationssäkerheten är låg.

Frågan kring vem som ansvarar för att följa upp att åtgärder genomförts är oklar. Om vi inte genomför åtgärderna, som faktiskt har godkänts av ansvariga, finns ingen nytta med att

rapportera incidenter och arbeta med ständiga förbättringar i syfte att öka skyddet för vår information och därmed våra möjligheter att utföra vårt uppdrag på ett tryggt sätt och en välfärd att lita på för våra medborgare. ^{Sid 290(314)}

Hälso- och sjukvård och NIS

Förslag till vilka verksamheter och dess system och nätverk som **berörs av NIS direktivet** togs fram 2022. Förslaget har tagits fram tillsammans med Medicinskt ansvariga sjuksköterska samt verksamhetsnära systemförvaltning. Förslaget har setts över under 2023 utifrån ökad kunskap om befintliga system samt nytillkomna system. Förslaget kommer att behöva kompletteras med kartläggning av aktuella nätverk.

Behovet att förtydliga vad som omfattades av NIS-direktivet behövs för att underlätta införande av de krav som ställs enligt direktivet samt författningar utfärdade av MSB samt en tydlighet vid avbrottsincidenter. Inget beslut har kommunicerats utan ISS utgår från uppdaterat förslag vid bedömning om rapporteringsskyldighet har uppstått vid avbrott i system.

Årliga riskanalys

Rutin och tillämpning av rutin för årliga riskanalyser har beslutats. NIS ställer krav på årlig riskanalys för system och nätverk som används för Hälso- och sjukvård. En rekommendation finns också från CISO om att årliga riskanalyser bör genomföras för informationsbehandlingar klassats som en 2:a eller 3:a vad gäller konfidentialiteten.

Ett års hjul har skapats i Stratsys som stöd för när det är dags för respektive system. Input i riskanalysen kommer att vara inträffade incidenter under året, resultat av uppföljning av IT leverans och dess leverantörer och underleverantörer samt kunskap från omvärldsbevakning. Även resultat av uppföljning av Personuppgiftsbiträdesavtal ska tas med.

Uppföljning av IT-leveranser

En pilot är planerad och skall starta Q1 2024 för att prova sig fram och se hur en uppföljning skulle kunna genomföras. Piloten omfattar inte ett system som omfattas av NIS utan i en upphandlingen har innehållit tydliga informationssäkerhetskrav som kan användas vid en uppföljning och utvärdering. Tanken är att välja ut lämpliga krav som leverantören och eventuell underleverantör svarat att de uppfyller i offertsvaret. Resultatet av uppföljningen kommer att vara en input till årlig riskanalys. I och med lagstiftning utifrån NIS 2 kommer vi att behöva ha rutiner och arbetssätt på plats i oktober 2024.

I rapport från MSB:s förhandsinformation kring NIS 2 har ISS rekommenderat att en organisation med ansvar för genomförandet av uppföljning av IT-leveranser redan nu etableras och som deltar i piloten.

Avrådan

Teams för digitala möten

Frågan kring att använda Teams för digitala möten inom sektorn har under året varit en återkommande fråga. Under pandemin som innebar att vi inte kunde ses fysiskt i samma utsträckning beslutades att ta risken för en eventuell tredjeland överföring av personuppgifter genom att tillåta digitala möten via Teams.

När så pandemin var över fick DSS och ISS frågan om vad vi rekommenderade. Vi tog då stöd av CISO och Dataskyddsombud och skrev en avrådan som vi senare ryktesvägen fick höra att socialnämnden fattat samma beslut som. Eftersom det inte finns något annat alternativt IT stöd för digitala möten uppstod en frustration hos chefer och personal i vissa verksamheter då det upplevt att de kunnat arbeta mer effektivt digitalt. Frågan om alternativt IT stöd är olöst vid skrivande stund. Den generella frågan kring amerikanska tjänster och avtalet¹⁶ mellan USA och EU hanteras även av kommunjurist och CISO vilka ska ha haft en dialog med Valfärd Gävle i frågan. Vilket beslut sektor Valfärd tar i frågan är i skrivande stund oklart.

¹⁶ Data Privacy Framework

Appwriter

SFI hade önskemål om att köpa in 250 licenser för applikationen Appwriter som ger stöd vid läs- och skrivsvårigheter. Tanken var att studenterna skulle installera appen på sin privata telefon. Programmet samlar in informationen (personuppgifter) för marknadsföring samt kan/vill sprida informationen utanför EU vilket bedömdes av DSS och ISS samt dataskyddsombudet är en risk för tredjelandsöverföring, att vi inte har kontroll på vilken information som behandlas i privata telefoner samt att det kan vara svårt att beskriva risken för elever som inte har goda kunskaper i svenska. Vi avrådde ett inköp.

Canva

Canva är ett program som kan användas inom kommunikation genom text och bild. Informationen kan därmed innehålla bilder på personer (personuppgifter). På liknande sätt som Appwriter samlar Canva in information för marknadsföring och kan/vill sprida informationen utanför EU vilket bedömdes som risk för tredjelandsöverföring. Vi avrådde ett inköp och användning av gratisversion.

Mejl till funktionsbrevlådor i MS Office 365

Utredning kring inkommande fax/mejl med personuppgifter till funktionsbrevlådor och dess hantering påbörjades under året av IT enheten, Välfärd. Våra funktionsbrevlådor finns i MS 365 vilket innebär en risk för tredjelandsöverföring av personuppgifter. Bland annat så anmäldes en incident utifrån att personuppgifter och till och med skyddade personuppgifter behandlas i funktionsbrevlåda och rutiner och tillämpning av riktlinjer för säker e-post för att minimera exponeringen inte finns på plats. Förslag på åtgärder gavs i samband med incidentrapporteringen.

Säker digital kommunikation (SDK) är en tjänst som är i uppstart inom Gävle kommun och kommer kanske vara en lösning framöver.

Nätverkande och vidareutbildning

ISS har deltagit på

KIS nätverkets två digitala möten under året. KIS nätverket är ett nationellt nätverk för kommuner. Under nätverkandet erhålls information kring informationssäkerhet och det ges tillfälle att diskutera aktuella frågor med andra kommuner.

CISO:s nätverk för alla verksamheter inom Gävle kommunkoncern inkl bolagen. Även här ges information/utbildning samt möjlighet att diskutera aktuella frågor med andra kommuner.

Ett fysiskt möte med Länsstyrelsens nätverk för kommuner, region och andra aktörer inom Gävleborgs län.

Ett antal kortare gratis digitala seminarium med MSB, SKR och privata aktörer om Informationssäkerhet, Välfärdsteknik och kommande NIS2.

Ett fysiskt heldagsseminarium om kommande NIS 2, anordnat av MSB i Stockholm.

Granskning

Ingen granskning av CISO har genomförts.

Incidenter

Vi har haft 30 incidenter under året. I de allra flesta fallen har orsaken var brist i tillgängligheten genom systemavbrott eller nätverksavbrott på grund av tekniska fel eller mänskliga faktorn.

Av dessa avsågs 12 systemen Treserva Vo och TES som används i huvudsak av verksamheterna Hemsjukvård och Hemtjänst vilket statistiskt sett har inneburit 1 avbrott per månad. Avbrotten har ställt stora krav på verksamheten och personalen att trots så ofta förekommande avbrott till digital information ändå lyckats leverera sina uppdrag. En reflektion är att Treserva IFO inte haft något avbrott under året vilket är märkligt då flera avbrott i Treserva VO har berott på driftsrelaterade orsaker.

Även verksamheten för nattliga larm har haft 5 avbrott under året vilket också skapat ökade krav på verksamheten och personalen. Speciellt när tjänsten digital nattlig tillsyn haft avbrott och ett stort antal digitala tillsyner fick ersättas med fysiska oplanerade och ej schemalagda besök. En ny upphandling har under året genomförts och ny leverantör finns på plats inför 2024.

Plan för kommande år

För 2024 är ambitionen av ISS och planen att

- Bidrag till ökad informationssäkerhetskultur i hela sektor Vårld genom utbildning och ge stöd till chefer och medarbetare.
- Verka för fler medarbetare som agerar ambassadörer för informationssäkerhet och dataskydd.
- Stödja Informationsägare/Systemägare/chef vid information säkerhetsklassning och riskanalys.
- Incidentrapportera
- Genomföra årliga riskanalyser enligt rekommendation från CISO (skyddsklass 2 och 3) och beslutad rutin.
- Förberedelse och implementation av NIS 2 (tillsammans med utsedd för CER)
 - Rutiner för uppföljning av IT-leveranser
 - Samarbeta med utsedd för införandet av CER
 - Stöd till ledningen utifrån deras behov
 - Utredda innebörden för Vårld att offentlig förvaltning blir en entitet.
- Ta fram förslag på rutiner som bidrar till ökad informationssäkerhet.
- Delta i aktiviteter kring organisation, roller och ansvar
- Påbörja fjärde delen i MSB:s ledningsmodell för informationssäkerhet genom att framföra frågan kring uppföljning av åtgärdsförslag i syfte att eliminera eller minimera incidenter utifrån att enbart 36 % av åtgärdsförslag har genomförts 2023.

Bedömning av informationssäkerhetsarbetet hos Vårld Gävle

Arbetet har under året periodvist varit intensivt utifrån stort intresse för stöd i informationssäkerhetsklassning och riskanalys, ett stort antal incidenter som skulle rapporteras och samtidigt etablera systematiskt informationssäkerhetsarbete med utbildningar, utforma arbetssätt och rutiner och diskussioner kring informationssäkerhet med mera. ISS tillsammans med DSS har genomfört mycket under året vilket denna rapport visar och vi kommer att fortsätta så även under 2024. Det är mycket kvar att göra visade GAP-analysen!

Arbetet har fungerat väldigt bra tack vare goda samarbetspartners, med bland annat dataskyddssamordnare Vårld och CISO, två olika dataskyddsombud, IT-

säkerhetsansvarig och driftschef samtliga på SG. Dessutom många intresserade^{Sid 295(314)} medarbetare i olika roller, av informationssäkerhet och dataskydd inom sektor Valfärd.

Intresset och insikten av viktigheten med informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet upplevs har ökat på sektorn men mycket arbete kvarstår för att öka informationssäkerhetskulturen i hela sektorn.

Kommunkoncernens CISO Adrian Henriksson Severin säger så här:

”Valfärd Gävles informationssäkerhetsarbete visar tydliga tecken på framsteg. Informationssäkerhetssamordnare och Dataskyddssamordnare är aktiva och engagerade i sina roller. Deras insatser bidrar till att förbättra och utveckla arbetet hos såväl sektorn som hela kommunen. Sektorns verksamheter visar ökande engagemang i informationssäkerhetsarbete, vilket är ett positivt tecken. Detta ökade intresse bidrar till en bättre förståelse och hantering av informationssäkerhets- och dataskyddsfrågor. Trots detta engagemang finns det fortfarande arbete att göra för att ytterligare stärka informationssäkerheten. Fortsatta insatser behövs för att säkerställa att säkerhetsarbetet blir en integrerad och kontinuerlig del av alla verksamheters rutiner och processer.

För att uppnå detta behöver ledningen involvera sig regelbundet i informationssäkerhetsarbetet. En årlig genomgång av informationssäkerhetsarbetet skulle inte bara understryka vikten av informationssäkerhet, utan även säkerställa att det blir en fast förankrad del av verksamhetskulturen. Kontinuerlig utbildning och medvetenhet bland alla anställda är också avgörande för att ytterligare stärka informationssäkerheten inom organisationen.”

Sammanträdesprotokoll

Välfärd Gävle - Sektorsamverkan

Sammanträdesdatum

20 november 2023

Plats och tid

Magasinsplan 19, Gävle, kl. 10:00 - 12:00

Mötet noterat av

Jenny Skoglund

Närvaro

Magnus Höijer, sektorchef

Helena Vahlund, HR-chef

Jenny Skoglund, nämnsamordnare

Lisa Allemo, Akavia

Sara Lasell, Akademikerförbundet SSR

Ever Alvarado, Vision

Ann Hedbom, Vision

Hanna Romin, Kommunal Gävle

Fredrik Hellman, Kommunal Gävle

Liselotte Lindberg, Fysioterapeuterna

Christin Ripke, Sveriges lärare

Catrine Larsson, rehabsamordnare, informerar om sitt arbete

Vara stöd i arbetsmiljöarbetet genom:

- Att vara behjälplig med statistik gällande sjuktal
- Hälsopulsträffar
- Strategimöten
- Delta i rehabiliteringsmöten

Riskorienterat arbetssätt Gävle kommun

- Erbjudna *Hälsopuls* till cheferna
- Förebyggande rehab – syfte att diskutera hälsoläget med chefer och upptäcka tidiga signaler på ohälsa bland medarbetare.
- Medverkande är ansvarig chef och HR-chef

Syfte med rehabsamordnarens arbete

Att fånga upp och stödja arbetsplatser och medarbetare med hög sjukfrånvaro eller risk för hög sjukfrånvaro och genomföra insatser för att förebygga ohälsa och sjukfrånvaro.

Mål

Att skapa en hållbar arbetsmiljö där alla ska orka, vilja och kunna arbeta. Det uppnås genom att arbeta kontinuerligt och systematiskt med arbetsmiljöinsatser på arbetsplatsnivå och rehabiliteringsinsatser på individnivå.

Frågor

Vision: Hur mycket är skyddsombuden involverade i arbetet med rehab?

Rehabsamordnare: Skyddsombuden är inte delaktiga just nu. Ett möte är inbokat med skyddsombud för att se över framtida samarbete inom *Hälsopuls*.

Vision: Är det SKR som tagit fram syfte och mål för rehabsamordnarens arbete?

Rehabsamordnare: Detta är Gävle kommuns syfte och mål men de stämmer väl överens med det syfte och mål som SKR satt upp för rehabiliteringsarbete.

Kommunal: Ser man över omplacering i rehabiliteringssyfte?

Rehabsamordnare: Ja och detta är önskvärt i tidigt skede.

Vision: Påtalar skyddsombudens roll och samverkan med chefer för att i tid förebygga ohälsa.

Rehabsamordnare: Instämmer och lyfter en önskan om att kulturen förändras i samtal kring hälsa/ohälsa.

Vision: Följs målen med rehabiliteringsarbetet upp?

Rehabsamordnare: Ja, målen ska följas upp.

Nämndsärenden

Samtliga nämnder

- Kommande beslut – budget mm.
Minus 160 miljoner – Effektiviseringar?
- Reglementen
- Sammanträdesplanering
- Ny Socialtjänstlag (lägesbild)
- Statusrapport intern styrning och kontroll

Socialnämnden

- Vitesföreläggande – hur många och ekonomisk omfattning?
Ett par hundratusen.
- Medlemskap i ECAD
- Remissvar
- Information från Blålockan och Stickan om deras arbete.
- Yttrande över remiss - "En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga, SOU 2023:44"
Akademikerförbundet SSR och Sveriges Lärare instämmer med det arbetsgivaren framför och anser att det är bra att bedömningen framkommer tydligt i yttrandet.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

- Trygghetsanställda och handledarsättning
Vision: Kommer budgeten för AFN att påverkas av detta?
Arbetsgivare: Ja - 20 miljoner kronor mindre.
- Föreningsstöd
- Upphandling yrkesutbildningar
- Avtalsuppföljning
- Hälso- och sjukvårdskontoret

Omvårdnadsnämnden

- Frågor utifrån bemanningshandboken (m)
- Initiativärende – bemanning i ytterområden
Vision: Är problemet inte löst med personal som sover över på arbetsplats?
Arbetsgivare: Det ses över var problemen ligger för att kunna lösa problemet.
- Initiativärende – demensföreningen
- Föreningsbidrag
- LOV – ersättningsnivå och förfrågningsunderlag, utreda framtid för LOV
Kommunal: Varför har inte förfrågningsunderlag kommit ut inför dagens samverkansmöte?
Arbetsgivare skickar ut i efterhand.
- Avtalsuppföljningar

- Personkontinuitet
- Brukarundersökningar

Stående punkt - Säkerhet

- Vision: Det finns fortfarande inte någon möjlighet för rörelsehindrade att ta sig ut ur byggnaden då hissen ej kan användas, exempelvis vid brand.

Övrigt

Ledarskap

- Vision: Kan vi använda de medel som vi får till projekt för ny socialtjänstlag till att utveckla cheferna och ledarskapet? Arbetsgivaren tar till sig förslaget.

Skyddskommitté

- Vision: Det är problematiskt att lyfta frågor om arbetsmiljö till arbetsgivaren då det endast finns en skyddskommitté inom Valfärd, Gävle.
Skyddskommittéer är organ som samråder om arbetsmiljön på arbetsplatser. De består av företrädare för arbetsgivaren och arbetstagarna, oftast fackliga skyddsombud. Skyddskommittéer har en viktig roll i att följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande arbetsmiljöförhållanden. Skyddskommittéerna behövs inom verksamheterna som arbetar närmast enheterna eftersom arbetsmiljön där kan vara krävande och påverka personalens hälsa och välbefinnande. Genom att ha en skyddskommitté kan arbetsplatsen planera och genomföra åtgärder för att förebygga och hantera dessa arbetsmiljörisker, samt främja en god arbetsmiljökultur. Skyddskommittén kan också bidra till att öka medarbetarnas delaktighet och inflytande över arbetsmiljön. Visions förslag är att varje verksamhet ska utgöra en skyddskommitté. Skyddskommittéer ska fungera som ett organ där bland annat SAM och OSA arbetet på enheterna följs upp. Kontorsamverkan ansvarar för att sätta mål, delmål och uppföljning av arbetsmiljöarbetet inom kontoret. Varje kontor skulle kunna sätta egna riktlinjer för hur det arbetas med arbetsmiljön inom kontoret. Vidare har Vision önskemål om att Sektor Valfärd utreder vilken organisatorisk nivå som behöver ha skyddskommittéer för att främja arbetsmiljön inom Sektor Valfärd.

Akademikerförbundet SSR, Kommunal och Sveriges lärare instämmer med Vision att skyddskommittésamverkan behöver flyttas längre ned i organisationen.

Arbetsgivare anser att frågan om förändring kan lyftas vid nästa skyddskommitté.

- Vision önskar mer redovisning av statistik.
HR-chef frågar om statistik från HR om tillbud och frånvaro har försvunnit från andra samverkansmöten.
- Kommunal framför önskan om att statistik på PowerBI ska kunna brytas ned till enhetsnivå.
Arbetsgivaren tar synpunkter med sig.

Teams

- Akademikerförbundet SSR: Hur ska Teams användas och när?
Arbetsgivaren: Olika kommuner har gjort olika. Finns inget svar i dagsläget, arbetsgivaren tar med sig frågan.
Akademikerförbundet SSR lyfter att det blir skav mellan enheter som resonerar olika i frågan. Det påverkar även yrkesutövningen och kvaliteten på arbetet för bland andra familjebehandlare och andra som har klientkontakter via teams. Skyndsamt svar önskas.

Strategier gällande främlingsfientlighet bland anställda

- Vision: Har arbetsgivaren strategier gällande främlingsfientlighet bland anställda? Vision menar att det inte finns tydlighet vad som sker när Gävle kommuns värdegrund ej efterlevs. Vidare upplevs att förekomst ökat och Vision lyfter att det finns ett bra APT-material. Hur säkerställs att chefer vidtar åtgärder? Hur mäts förekomst och åtgärder? Strategier på fler nivåer önskas.
Akademikerförbundet SSR lyfter medarbetarundersökningen som ett instrument för mätning.
Sveriges lärare instämmer och lyfter ”beröringsskräck” och att det finns bra arbetsmaterial.
Arbetsgivaren anser att det är bra att frågan lyfts och tar synpunkter med sig.
HR-chef lyfter att det kommer att implementeras språkbud.

Nästa möte

2023-12-11, kl. 10:00-12:00

Justeras

Magnus Höijer
Ordförande
Välfärd Gävle

Jenny Skoglund
Sekreterare

Lisa Allemo
Akavia

Sara Lasell
Akademikerförbundet SSR

Ever Alvarado
Vision

Hanna Romin
Kommunal Gävle

Christin Ripke
Sveriges lärare

Liselotte Lindberg
Fysioterapeuterna

Sammanträdesprotokoll

Välfärd Gävle - Sektorsamverkan

Sammanträdesdatum

23 oktober 2023

Plats och tid

Magasinsplan 19, Gävle, kl. 10:00-11:30

Mötet noterat av

Jenny Skoglund

Närvaro

Magnus Höijer, sektorchef

Helena Vahlund, HR-chef

Jenny Skoglund, nämnsamordnare

Sara Lasell, Akademikerförbundet SSR

Ever Alvarado, Vision

Ann Hedbom, Vision

Hanna Romin, Kommunal Gävle

Fredrik Hellman, Kommunal Gävle

Maria Forsström, Vårdförbundet

Christin Ripke, Sveriges lärare

Nämndsärenden

Samtliga nämnder

- Budgetförslag och process 2024
- Rapport från socialchefsdagarna i Karlstad
- Ekonomisk månadsrapport
- Verksamhetsplan 2024
- Sammanträdesplanering 2024

Socialnämnden

- E-petition Ensamsittande
- Information om Tillståndsenhetens arbete

Akademikerförbundet SSR framför synpunkter från medlemmarna angående flytt av socialnämndens individ- och myndighetsutskott till Norra Skeppargatan 15 A och det nya upplägget med föredragning i samtliga ärenden.

- Det uppstod mycket väntande, tid som gick till spillo.
- En del av medlemmarna fick ej lunch då utskottets sammanträde drog över tiden.
- Det fanns inplanerade möten efter lunch, kring vilka det uppstod stress.
- Under utskottet är vakten förflyttad från receptionen till angränsande rum till individ- och myndighetsutskottets sammanträde den tid det är klienter närvarande på sammanträdet, vilket leder till att vakten inte är på plats om situation uppstår i receptionen.

Arbetsgivaren framför att ordförande i socialnämnden framfört behov av närhet till handläggare samt att ärenden behöver föredras för att utskottet ska känna sig trygga med de beslut de fattar.

Vision lyfter att det är bra om lönetillägg fortsättningsvis finns kvar alternativt att det ingår i lönen för att trygga att det finns personal på plats.

Akademikerförbundet SSR instämmer.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

- Heldag
- Tema - Dialog med Vuxenutbildningen
- Information Nygatan 26
- Fontänhus – Politisk vilja att öppna och driva fontänhus. Ekonomisk fråga.
- Habiliteringsersättning för brukare på EDV. Hur ser det ut idag, hur ser det ut i andra kommuner.
- Information från HSL-kontoret
- Politiskt uppdrag – kompletterande aktörer för SFI. *Sektorchef* anser att det behövs en analys först. Politiker får ta ställning under nästa år.
- Information inom LSS, ej verkställda beslut.

- *Vision* poängterar de domstolsbeslut som ej verkställs inom EDV.
- Information från kontor Förebyggande

Vision önskar uppföljning av trygghetsanställningar – kostnad etc.
Arbetsgivare ger lägesbild.

Akademikerförbundet SSR framför att det är problematiskt med hållningen att inte återbesätta tjänster inom försörjningsstöd då medarbetarna redan har full belastning på tjänsterna.

Omvårdnadsnämnden

- E-petition Ensamsittande
- 11 timmars dygnsvila - lägesrapport
- Korttidsplatser
 - *Kommunal* frågar om personalen representeras i arbetsgruppen vid placeringar. *Arbetsgivaren* tar med sig frågan.
 - *Vision* påtalar byggnadens säkerhet innan inflytt. *Kommunal* instämmer.
- Information om två Lex Sarah-ärenden som rapporterats till IVO
- Information från HSL-kontoret
- Redovisning av uppföljning av kvalitetsgranskning Solberga vård- och omsorgsboende

Kommunal vill ha svar på sin fråga som ställts vid tidigare sektorsamverkan; Vad säger arbetsgivaren om att en kommunalt anställd person sitter i styrelsen i ett privat hemtjänstföretag?

Övrigt

Arbetsgivaren ger information om ny socialtjänstlag

- Berör alla nämnder
- Förändringar hur vi arbetar, processer, organisatoriska förändringar som stödjer arbetet.
- Ekonomiskt bidrag till kommunen.
 - 2024: 2 mnkr
 - 2025: 12 mnkr
 - 2026: 22 mnkr
 - 2027: 22 mnkr
 - 2028: 22 mnkr
- Ansvarig är sektorchef och sektorledning
- Projekt - *Arbetsgivare* informerar att projektledare kommer att utses, det kommer ingen annons.
 - *Vision* framför att projektledaren kan vara från "karriär på tvären".

- *Akademikerförbundet SSR* framför att det skulle kunna vara en intresseanmälan via intern annons.

Akademikerförbundet SSR framför att de ser positivt på nya lagen och att det skjuts till resurser för detta.

Nästa möte

2023-11-20, kl. 10:00-12:00

Justeras

Magnus Höijer
Ordförande
Välfärd Gävle

Jenny Skoglund
Sekreterare

Sara Lasell
Akademikerförbundet SSR

Ever Alvarado
Vision

Hanna Romin
Kommunal Gävle

Christin Ripke
Sveriges lärare

Maria Forsström
Vårdförbundet

Sammanträdesprotokoll

Välfärd Gävle - Sektorsamverkan

Sammanträdesdatum

25 september 2023

Plats och tid

Magasinsplan 19, Gävle, kl. 10:00-11:40

Mötet noterat av

Jenny Skoglund

Närvaro

Magnus Höijer, sektorchef

Helena Vahlund, HR-chef

Jenny Skoglund, nämnsamordnare

Lisa Allemo, Akavia

Sara Lasell, Akademikerförbundet SSR

Ever Alvarado, Vision

Ann Hedbom, Vision

Hanna Romin, Kommunal Gävle

Fredrik Hellman, Kommunal Gävle

Liselotte Lindberg, Fysioterapeuterna

Maria Forsström, Vårdförbundet

Christin Ripke, Sveriges lärare

Presentation av praktikkoordinator

- Erica Westerlund presenterar sin roll som praktikkoordinator inom Valfärd Gävle.
 - Attrahera, rekrytera och behålla
 - Arbeta med befintliga samverkansavtal
 - Skapa nya samarbeten och samverkansavtal
 - Besöka mässor
 - VFU-program för socionomstudenter startar hösten 2023
 - 5 träffar
 - Föreläsningar
 - Studiebesök
 - Handledare - internt program med start våren 2024
 - Introduktion utveckling och stöd
 - 2 ggr/år, 4 träffar

Vårdförbundet framför att många vill vara handledare men känner att de inte har tid att läsa på fritiden. *Praktikkoordinator* tar med sig frågan.

Sveriges Lärare framför att Högskolan i Gävle inte är så benägna att låta lärarstudenter göra sin VFU på vuxenutbildningen. *Praktikkoordinator* tar åsikten med sig.

Nämndsärenden

Samtliga nämnder

- Delårsrapport 2
- Synpunkter preliminära ramar 2024
- Rapport om läget under sommaren 2023

Socialnämnden

- Placeringar ökar
- Härberget – Hela människan
- Bostad först
- Hantering av individärenden
- Tillståndsenheten ger information

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

- Behov av försörjningsstöd sjunker
- Uppföljning vuxenutbildning

Omvårdnadsnämnden

- Entreprenadsformer behöver ses över
- Chefsförtätningar, värt att analysera parametrar
 - *Vision* lägger fram förslag om chefsstöd, samt poängterar vikten av att se till helheten, inte enbart antal medarbetare, enhetschefer kan ha många kontakter bland brukare etc.

- Ett arbete inlett om vikarier i ytterområden, rapport om bemanningsenheten.
- Dygnsvila
 - *Kommunal* – Har det gjorts uppföljning huruvida personal sover över på Solberga då det inte går bussar som passar skiften? *Arbetsgivare* svarar att det har inte gjorts uppföljning. *HR-chef* tar med sig frågan.

Vårdförbundet reagerar på att det står i delårsrapport att läkemedelsgenomgång saknas och framför att läkemedelsgenomgång registreras i Treserva.

Övrigt

Akademikerförbundet SSR och *Kommunal* framför att det är viktigt att arbetsgivaren tydligt kommunicerar ut till verksamheterna vad som gäller angående användandet av Teams.

Vision ställer frågorna;

- Vilka förväntningar finns inom Sektor Velfärd för enheterna och ledningsgrupperna gällande antal APT (arbetsplatsträff), skyddsronder och verksamhetsplanering (VP)? *Sektorchef* svarar att det förväntas att APT, skyddsronder och VP genomförs och tar med sig att framföra detta till ledningsgrupper.
- Hur arbetar Velfärd Gävle med friskfaktorerna?
- Vilka förutsättningar har cheferna?
- Har arbetsgivaren utvärderat den ofrivilliga beredskapen som chefer har mellan 16 – 17, sommartid? *Arbetsgivaren* tar frågan till kontorschef.
- Hur följer vi upp chefers arbetsmiljö över tid?
- Vad har hänt efter AKR (använd kompetensen rätt)? *HR-chef* kan ej ge svar idag.

Arbetsgivaren tar med sig frågorna.

Kommunal ställer fråga om *Äldreomsorgslyftet*;

- Hur kommer upplägget se ut framöver då det ej är tydligt i dagsläget?

Akademikerförbundet SSR lyfter att de motsätter sig generella effektiviseringskrav i budgeten. *Vision* instämmer.

Nästa möte

2023-10-23, kl. 10:00-12:00

Justeras

Magnus Höijer
Ordförande
Välfärd Gävle

Jenny Skoglund
Sekreterare

Lisa Allemo
Akavia

Ever Alvarado
Vision

Sara Lasell
Akademikerförbundet SSR

Hanna Romin
Kommunal Gävle

Liselotte Lindberg
Fysioterapeuterna

Maria Forsström
Vårdförbundet

Christin Ripke
Sveriges lärare

Sammanträdesdatum 2024-02-06

§ 30 Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024.

Diarienummer: 23KS488

Expedieras till:

Samtliga nämnder och kommunens stiftelser och bolag.

Beslut

Kommunstyrelsen beslutar enligt ordförandens förslag

att i egenskap av arkivmyndighet godkänna bifogad tillsynsplan för arkivmyndigheten 2024.

Ärendebeskrivning

Enligt arkivlagen (1990:782) ska kommunens arkivmyndighet utöva föreskriven tillsyn över arkivvården inom Gävle kommunkoncerns nämnder och bolag. Enligt tidigare beslutad rutin för hur arkivmyndighetens tillsynsuppdrag ska verkställas (KS 2016-04-12, § 84, 16KS81, "Ändamålsenlig rutin för arkivmyndighetens tillsyn och förslag till delegering av beslut kring arkivhanteringen") föreslås i bifogad tillsynsplan för 2024 om inriktningen på tillsynen. Tillsynen ska utföras av kommunarkivet.

Utöver den planerade tillsynen ska arkivmyndigheten även granska arkivverksamheten hos kommunens nämnder och bolag på förekommen anledning. Det gäller framför allt då det kan antas föreligga brister i arkivverksamheten och att det bör kontrolleras så snart som möjligt. Sådan tillsyn ska återrapporteras till kommunstyrelsen på samma sätt som den planerade tillsynen.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse - Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024, dnr 23KS488-2
- Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024, dnr 23KS488-1



Kommunstyrelsen

Sid 2(2)4

Sammanträdesdatum 2024-02-06

Tillsynsplan

Dnr 23KS488-1
2023-11-30

Lars Harbe
Telefon
lars.harbe@gavle.se

Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024

Bakgrund

Med stöd av arkivlagen (1990:782) och arkivförordningen (1991:446) ska kommunens arkivmyndighet regelbundet utöva tillsyn av arkivvården inom kommunkoncernen.

Syftet med tillsynen är att kontrollera att kommunens nämnder och bolag fullgör sina skyldigheter enligt 3-6 §§ arkivlagen. Målet är i första hand att säkerställa en god offentlighetsstruktur över tid där rätten att ta del av allmänna handlingar tillgodoses samtidigt som sekretesskyddet upprätthålls och att förvaltning, rättsskipning och forskning får tillgång till nödvändig information. Allmänna handlingar som inte ska bevaras till följd av föreskrift eller beslut, ska gallras så snart gallringsfristen löpt ut.

Arkivmyndigheten ska påpeka brister i hanteringen och vid behov följa upp att de åtgärdats.

Tillsyn över arkivvården i Gävle kommun

Kommunstyrelsen har i rollen som arkivmyndighet i Gävle kommun beslutat om rutin om att verkställa och redovisa tillsynen (KS 2016-04-12, § 84, 16KS81, ”Ändamålsenlig rutin för arkivmyndighetens tillsyn och förslag till delegering av beslut kring arkivhanteringen”). Kommunarkivet verkställer arkivmyndighetens tillsynsuppdrag.

Kommunarkivet föreslår, enligt rutinen, att 2024 års tillsyn görs enligt nedanstående handlingsplan. Av den framgår vilka nämnder/bolag som ska granskas och vad som ska kontrolleras. Samtliga tillsynsinsatser sammanställs i en sammanfattande rapport till arkivmyndigheten. Rapporten ska presenteras i slutet av året. Utöver planerad tillsyn ska tillsyn även utföras på förekommen anledning. Sådan tillsyn ligger utanför den planerade tillsynen.

Planerade insatser 2024

Nämnd/styrelse	Vad som ska granskas
Stiftelserna för större och mindre arbetarbostäder	Kommunen utöver ett rättsligt bestämmande inflytande över stiftelserna. Stiftelserna omfattas därmed av arkivlagen. Granskningen ska visa om stiftelserna organiserat arkivet för att underlätta allmänhetens till-

	<p>gång till allmänna handlingar.</p>
<p>Gävle Stadshus AB och Gävle Parkeringservice</p>	<p>Bolagens arkiv ska enligt huvudregeln bevaras. Arkivhandlingar får dock gallras men bara om gallringen föregåtts av ett beslut eller är föreskriven i lag.</p> <p>Granskningen ska visa om bolagen beslutat om gallring och om gallringen genomförs enligt beslutet. Granskningen ska också visa om det förekommer otillåten gallring.</p>
<p>Kommunstyrelsen</p>	<p>Syftet med arkivbildningen framgår av 3 § arkivlagen. Huvudregeln är att arkiven ska bevaras för att bland annat tillgodose allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar. Arkivhandlingar får dock gallras, men enbart under förutsättning att gallringen inte påverkar syftet med arkivbildningen. Det förutsätter att myndigheten utreder förutsättningarna för gallring i dess olika processer.</p> <p>Granskningen ska visa om kommunstyrelsen utfört någon sådan utredning och om syftet med arkivbildningen påverkas av styrelsens gallringsbeslut.</p>

Lars Harbe
Kommunarkivarie

Kommunstyrelsen

Tjänsteskrivelse - Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024.

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen beslutar

att i egenskap av arkivmyndighet godkänna bifogad tillsynsplan för arkivmyndigheten 2024.

Ärendet i korthet

Enligt arkivlagen (1990:782) ska kommunens arkivmyndighet utöva föreskriven tillsyn över arkivvården inom Gävle kommunkoncerns nämnder och bolag. Enligt tidigare beslutad rutin för hur arkivmyndighetens tillsynsuppdrag ska verkställas (KS 2016-04-12, § 84, 16KS81, "Ändamålsenlig rutin för arkivmyndighetens tillsyn och förslag till delegering av beslut kring arkivhanteringen") föreslås i bifogad tillsynsplan för 2024 om inriktningen på tillsynen. Tillsynen ska utföras av kommunarkivet.

Utöver den planerade tillsynen ska arkivmyndigheten även granska arkivverksamheten hos kommunens nämnder och bolag på förekommen anledning. Det gäller framför allt då det kan antas föreligga brister i arkivverksamheten och att det bör kontrolleras så snart som möjligt. Sådan tillsyn ska återrapporteras till kommunstyrelsen på samma sätt som den planerade tillsynen.

Beslutsunderlag

Arkivmyndighetens tillsynsplan 2024.

Beslutet ska skickas till

Samtliga nämnder och kommunens stiftelser och bolag.

Lars Harbe

Kommunarkivarie