

2021-03-01, Dnr 21ON74, 21AFN59  
VÄLFÄRD GÄVLE



# Patientsäkerhetsberättelse 2020

Omvårdnadsnämnden

## **Patientsäkerhetsberättelse 2020**

Johanna Storing, medicinskt ansvarig för rehabilitering  
Ulrika Carlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Carin Thunman, MAS medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Linnea Skytt NAD Nutritions ansvarig Dietist

Citera gärna ur skriften men ange källa

© Författaren och Gävle kommun 2021  
Grafisk form Pangea design  
[www.gavle.se](http://www.gavle.se)

## Sammanfattning

Under hela 2020 har ledningen och verksamheterna arbetat med Pandemin Covid-19 som har varit det prioriterade arbetet.

Det har inneburit stora utmaningar så som nya eller uppdaterade arbetsätt, ny kunskap om covid-19 och smittspridning samt hur vi skyddar både personal och patienter.

Beredskapsgrupp bildades med syfte att leda och styra Välfärd Gävle under Covid-19.

Ett rapporteringsverktyg togs fram och har använts under hela pandemin för att följa utvecklingen av smittspridningen. Det har använts i samtliga verksamheter där nämnden är huvudman och vårdgivare. Denna statistik har under pandemin använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd samt internt för att säkerställa personal och patientsäkerheten.

I mitten av Mars påträffades Covid-19 i Gävle kommun.

De första som insjuknade var patienter i hemtjänsten och hemsjukvården och spred sig senare också till vård och omsorgsboendena.

355 patienter har haft konstaterad Covid-19 av dessa har 255 patienter tillfrisknat och 80 patienter har avlidit under 2020.

Under året arbetades nya samverkansavtal för särskilt boende fram, ett ramavtal som är övergripande samt ett lokalt samverkansavtal som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet.

För att nå en hög patientsäkerhet är det systematiska arbetet viktigt. Detta arbete är uppbyggt på riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller.

4st Lex Maria har anmälts till IVO inspektionen för vård och omsorg. Patientnämnden har skickat 8 st klagomål vidare till Gävle kommun.

# Innehåll

## 0

<b>INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>STRUKTUR</b> .....	<b>6</b>
ORGANISATION OCH ANSVAR.....	6
Omvårdnadsnämnd.....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	6
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).....	7
Verksamhetschef HSL.....	7
Enhetschef första linjens chef.....	7
Medarbetare.....	7
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR.....	7
Läkaravtal.....	7
Vårdhygien.....	8
Uppsökande Tandvård.....	8
Mobilt sjukvårdsteam.....	8
Patientnämnd.....	8
PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET.....	9
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET.....	9
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	9
EGENKONTROLL.....	9
<b>PROCESS</b> .....	<b>11</b>
ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN.....	11
Ledningssystemet.....	11
Avvikelsehantering.....	11
Dokumentation.....	11
Digital signering.....	11
God vård i livets slut - Svenska palliativregistret.....	12
Förebyggande riskbedömningar.....	12
God vård vid demenssjukdom- BPSD-registret.....	12
Externa kvalitetsgranskningar.....	12
Bedömnings- och rapporteringsunderlag – ViSam beslutsstöd.....	13
LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR.....	13
Patientnämnd.....	13
INFORMATIONSSÄKERHET.....	13
PANDEMI COVID-19.....	14
Beredskapsgrupp.....	15
ÅTGÄRDER SOM HAR VIDTAGITS.....	15
Information och instruktioner.....	15
Utbildningar och stödmaterial.....	15
Rapporteringsverktyg.....	15
Gemensam Hälso- och sjukvårdsorganisation.....	16
Covidboende.....	16
Personalprovtagning.....	16
Stöd för chefer i arbetet att förhindra smittspridning.....	16
Vaccinationer.....	16
Samverkan Region/ Kommun.....	17
Covid-19 påverkan på rehabiliterande insatser.....	17
Riskbedömningar.....	18
Läkemedelshantering och delegering.....	18
Avvikelsehantering.....	18
Journalgranskning.....	19
Vårdhygien.....	19

<i>Intern samverkan</i> .....	20
<i>Utbildningar till omvårdnadspersonal</i> .....	20
<b>RISKANALYS SOSFS: 2011:9, 5 KAP. 1 §, 7 KAP 2§ P 4</b> .....	20
UTREDNING AV HÄNDELSER - VÅRDSKADOR .....	20
INFORMATIONSSÄKERHET .....	21
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	<b>22</b>
AVVIKELSER.....	22
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	22
HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR .....	23
PATIENTNÄMNDÄRENDEN .....	23
UPPSÖKANDE TANDVÅRD.....	23
GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE - SVENSKA PALLIATIVREGISTRET .....	24
INDIVIDUELLA RISKBEDÖMNINGAR .....	30
GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM- BPSD-REGISTRET .....	32
NUTRITION, MAT OCH MÅLTIDER.....	34
<i>Nattfasta</i> .....	34
<i>Vidareutbildning nutrition</i> .....	35
PANDEMIN .....	35
SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA BRUKARUNDERSÖKNING .....	36
<b>FORTSÄTTA ÅTGÄRDER/AKTIVITETER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN</b> .....	<b>38</b>
BESLUTSTÖD ViSAM IMPLEMENTERAS UNDER 2021 .....	38
UTBILDNING I HSL DOKUMENTATION FÖR ATT HITTA DEN RÖDA TRÅDEN .....	38
DIGITALA SIGNERINGSLISTOR INFÖRS 2021 UTBILDNING SKA SKE SAMT GENOMFÖRANDE.....	38
UTBILDNING I LÄKEMEDELSHANTERING OCH DELEGERING TILL LEGITIMERAD PERSONAL OCH CHEFER. ....	38
UPPFÖLJNING AV PANDEMIN COVID-19 .....	38

## **Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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 och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **Struktur**

### **Organisation och ansvar**

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och 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 2020. 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 fem kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighetskontor, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd 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.

### **Omvårdnadsnämnd**

Omvårdnadsnämnden är ansvarig vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) 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. MAS arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAS fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket 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§.

## Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahålla tjänster och 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 ansvarade för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna.

## Enhetschef första linjens chef

Första linjens chef leder och fördelade arbetet för sina medarbetare. Ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring kund samt ansvarar för rapportering och avvikelshantering

## Medarbetare

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.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I detta avsnitt beskrivs ett urval av exempel på samverkan i syfte att förbättra patientsäkerhet

## Läkaravtal

För läkarmedverkan i vård- och omsorgsboende, särskilda boenden (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt hemsjukvården finns avtal upprättade. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Under 2020 arbetades nya samverkansavtal för särskilt boende fram, ett ramavtal som är övergripande samt ett lokalt samverkansavtal som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet.

## Vårdhygien

Gävle kommun har tillsammans med övriga kommuner i länet ett avtal med Vårdhygien Gävleborg som är en enhet inom Region Gävleborg. Vårdhygien Gävleborg arbetar aktivt både i kommuner och i regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien Gävleborg står även för hygienutbildningar till kommunernas omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal

## Uppsökande Tandvård

Uppsökande tandvård finns tillgänglig för att förbättra munhälsan och i förebyggande syfte genom samverkan mellan Region Gävleborg och länets kommuner. Fastställda grupper får uppsökande munhälsobedömning och där så behövs nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonal får en årlig utbildning om munhälsa.

## 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 akuten 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.

## Patientnämnd

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom region och kommun. Patientnämnden har avtal med alla kommuner i Gävleborg och tar alltså emot synpunkter på den vård och omsorg som bedrivs i kommunala boenden i länet. I patientnämnden sitter förtroendevalda politiker som är insatta i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Nämnden arbetar med inkomna synpunkter på ett övergripande sätt. Genom att identifiera och uppmärksamma risk- och problemområden bidrar nämnden på olika sätt till en ökad patientsäkerhet.

Verksamheten är en del av Region Gävleborg men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Inga egna medicinska bedömningar görs och ingen ställning tas till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Syftet är istället att informera, reda ut och förklara och på så sätt bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre.



## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienters och närståendes delaktighet i vården är viktig för deras känsla av sammanhang och meningsfullhet. Vidare är det av vikt för vårdgivaren att ta del av synpunkter för att där behov finns att arbeta för förbättringar. I samband med inflyttning till vård och omsorgsboende eller inskrivning i hemsjukvård kan patienten lämna samtycke till informationsöverföring samt för registrering i olika kvalitetsregister. Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål skriftligen eller muntligt (se vidare under klagomål och synpunkter nedan). I samband med utredningar som leder till en Lex Maria-anmälan erbjuds patient och/ eller närstående att vara delaktig. I övrigt ska närstående erbjudas delaktighet i vård och omsorg såvida det inte finns hinder såsom sekretess och uteblivet medgivande från patienten.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Inom Valfärd Gävle finns rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt för att fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till detta. Systemet var uppbyggt för att hantera bland annat medicinska avvikelser som rapporterats av personal samt synpunkter och klagomål som framförts av kunder, närstående, medborgare eller andra externa parter. Parallellt fanns strukturer för att hantera inträffade allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, Lex Maria.

Rehabenhetens arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster har på arbetsplatsträffar haft återkommande dialog om avvikelser som rör rehabilitering. Syftet är att dra lärdom och vidta samt föreslå specifika och generella åtgärder.

## Klagomål och synpunkter

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

Det finns en rutin för hur hantering av klagomål och synpunkter ska ske. Vissa klagomål leder vidare till utökade utredningar där medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS eller medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR blir delaktig. Synpunkter och klagomål hanteras olika beroende på dess art. Finns behov av personligt möte erbjuds detta. Då kan den klagandes synpunkter och klagomål framföras och dialog föras för att uppnå lösningar för den enskilde och i vissa fall även generellt. Synpunkterna och klagomålen kan leda till förbättringsarbeten med ökad patientsäkerhet.

## Egenkontroll

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

Ingen övergripande egenkontroll genomfördes inom den kommunala hälso- och sjukvården under 2020 relaterat till att arbetet med pandemi covid-19 prioriterats.

Återkommande enskilda egenkontroller beskrivs i tabell 1 nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
<b>Skyddsåtgärder</b>	Typ och antal inrapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska var tredje månad	Verksamhetssystem Treserva
<b>Journalgranskning</b>	Genomförs återkommande	Verksamhets-system Treserva
<b>Natt/dygnfastemätning</b>	Genomförs återkommande	Blanketter från respektive enhet sammanställs i Excelfil och skickas till nutritionsansvarig dietist
<b>Regelbunden besiktning av personlyft och taklyft enligt avtal med Hjälpmedel SAM</b>	Utförs av hjälpmedelsenhet Hjälpmedel SAM en gång per år	Tekniker meddelar Rehab-enheten om lyft behöver ersättas med ny.
<b>Periodisk inspektion av individuellt förskrivna lyftselar</b>	Genomförs två gånger årligen	Verksamhets-system Treserva
<b>Sammanställning av avvikelser</b>	Genomförs årligen	Verksamhets-system Treserva
<b>Olämpliga läkemedel för äldre</b>	Genomförs två gånger årligen	Enkät till omvårdnads-ansvarig sjuksköterska

Tabell 1. Återkommande enskilda egenkontroller.

## Process

### Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

#### Ledningssystemet

Under 2020 har en översyn av ledningssystemet skett gällande de rutiner som berör den kommunala hälso- och sjukvården. Alla rutiner har fått en aktuell upprättare och godkännare. Rutiner har uppdaterats, reviderats och samordnats för att bringa tydlighet och enhetlighet för en god och säker vård. Alla medarbetare har fått åtkomst till de rutiner de är berörda utav.

#### Avvikelsehantering

Det pågår ett arbete med en revidering av befintlig rutin för avvikelsehantering, vilken kommer att färdigställas under 2021. Detta sker som ett resultat av den analys som genomfördes under 2019 där det framkom behov av att förbättra det strukturerade arbetet med avvikelser.

#### Dokumentation

Rutin för dokumentation skulle revideras under 2020 men har skjutits upp pga pandemin. Efter genomförd journalgranskning framkom behov av förbättringsåtgärder för en enhetlig och väl fördokumentation. Det övergripande målet är att skapa tydlighet gällande var specifika uppgifter ska dokumenteras i journalsystemet, men också att förbättra resultatet utifrån ställda dokumentationskrav.

#### Digital signering

För att säkerställa att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs används idag signeringslistor i pappersformat där delegerad omvårdnadspersonal signerar efter att uppgiften blivit utförd. Signeringslistan lämnas i slutet av varje månad in till legitimerad personal som går igenom listan så att det inte finns insatser som inte har blivit utförda.

Det pågår nu en planering för ett införande av digital signering via verksamhetssystemet Treserva. Digital signering ingår i projektet Arbeta mobilt på Valfärd som startade november 2020 och pågår till slutet av 2021. Med digital signering innebär en tydligare och säkrare hantering av delegerade uppgifter med mål om att minimera antalet oönskade händelser såsom missade läkemedelsdoser eller andra uteblivna insatser.

## God vård i livets slut - Svenska palliativregistret

Utifrån uppnått resultat för 2020 kvarstår behov av förbättringsarbete gällande evidensbaserad smärtskattning. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård och omsorgsboenden samt på korttidsenhet samt dokumenterade munhälsobedömningar.

Rutin för palliativ vård reviderades år 2019 med tydligare krav på bland annat att dessa parametrar ska utföras för ett mer kvalitativt omhändertagande.

Utifrån handlingsplaner på allvarliga händelser ska all omvårdspersonal genomgå webbutbildningen Palliation ABC detta har påbörjats men ej slutfört då detta är ett löpande arbete över tid.

Utbildningar i palliativ vård i samverkan med Region Gävleborg skulle erbjudas men har ställt in relaterat av pandemin.

## Förebyggande riskbedömningar

Vad gäller vårdpreventivt arbete med riskbedömningar så finns förbättringspotential för ett strukturerat och välorganiserat arbete i verksamheterna. En ny rutin gällande riskbedömningar upprättades 2019. Det finns dock behov av att tillse att rutinen och arbetssätt implementeras i alla verksamheter. Målet för 2020 är att få en bättre följsamhet till arbetet med riskbedömningar för ett bättre vårdpreventivt arbete och därmed ökad patientsäkerhet. Det finns en brist gällande att endast antal riskbedömningar kan följas i journalsystemet, ej åtgärder kopplade till risk eller uppföljning. Detta kvarstår till 2021 då det har skjutits upp pga. pandemin.

## God vård vid demenssjukdom- BPSD-registret

Det finns fortfarande en förbättringspotential när det gäller registreringar och åtgärder med stöd av BPSD-registret. För parametern "Andel personer som verkar smärtfria" finns utrymme för förbättring exempelvis gällande evidensbaserad smärtskattning. Andra förbättringsområden är multiprofessionellt teamarbete och minskat antal personer med olämpliga läkemedel. Valfärd Gävles BPSD-projekt som startade i augusti 2020 fortsätter år 2021 med utökad antal enheter.

## Externa kvalitetsgranskningar

Ett avtal upprättades 2020 tillsammans med Region Gävleborg som innebär att apotekare/farmaceut kommer ska utföra granskningar i verksamheterna för att tillse att vi har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt samt följer gällande regelverk. Dessa granskningar var planerade att påbörjas under 2020 men har fått skjutits upp relaterat till pandemin.

## Bedömnings -och rapporteringsunderlag – ViSam beslutsstöd

Efter analys av händelser under 2019 har identifierats ett behov av ett enhetligt bedömningsunderlag där alla patienter ska få likvärdig bedömning i händelse av ett hastigt försämrat hälsotillstånd eller annan händelse som kräver en medicinsk bedömning. Dialog har förts angående införande av ViSam beslutsstöd i alla verksamheter under 2020. Visam är ett verktyg för sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården. Målet är att alla patienter ska få en likvärdig bedömning och rätt vårdnivå för en bättre patientsäkerhet. Detta har skjutits upp pga pandemin.

## Läkemedelsgenomgångar

Utifrån 2019 års resultat konstaterades ett behov av ett utvecklingsarbete gällande läkemedelsgenomgångar inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med primärvården. Detta utvecklingsarbete planerades att starta 2020 men har prioriterats ner med läkemedelsgenomgångar och årskontroll pga pandemin under 2020.

Egenkontroll sker vanligtvis genom att MAS skickar en enkät olämpliga läkemedel för äldre till omvårdnadsansvariga sjuksköterskor detta är inte utfört under 2020.

## Patientnämnd

Patientnämnden är en del av Region Gävleborg men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Inga egna medicinska bedömningar görs och ingen ställning tas till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Syftet är istället att informera, reda ut och förklara och på så sätt bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre.

Patientnämndens uppgift är att stödja, hjälpa och bidra till lösningar av de svårigheter som kan drabba dig som patient eller anhörig i mötet med vården

## Informationssäkerhet

Vid inspektionen för vård och omsorgs granskning av kommunens systematiska informationssäkerhetsarbete identifierades brister i att kommunen inte hade genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem. Ett förberedande arbete har initierats för att under våren 2020 påbörja införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete vid Valfärd Gävle.

Vad gäller sektor Valfärd så är rutinen för loggkontroll under omarbetning nytt förslag finns som ska beslutas 2021. År 2020 har loggkontroller genomförts på begäran av chefer och några slumpmässig loggkontroller i journalsystemet Treserva. Målet för 2021 är att systematiska loggkontroller genomförs som den nya rutinen beskriver. genomfördes loggkontroller på begäran i journalsystemet Treserva. Ett mål för 2020 är att utföra även slumpmässiga loggkontroller.

Loggkontroller i NPÖ nationell patientöversikt sker varje månad.

Regelbundna och strukturerade journalgranskningar planerades att genomföras enligt rutin under 2020. Detta har inte kunnat genomföras som planerat relaterat till pandemin. Flertalet journaler har dock granskats i samband med olika händelser i verksamheterna. Resultatet av dessa granskningar visar att det fortsatt finns stora brister i dokumentationen. Under 2021 kommer medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR även att delta i journalgranskningar. Detta innebär en kvalitativ förbättring av granskningen. Detta med anledning av att granskningen av de rehabiliterande åtgärderna blir mer ingående och vi kan hitta gemensamma nämnare för ett utökat patientsäkerhetsarbete.

## Pandemi Covid-19

Första fallen av Covid-19 upptäcktes i Kina och påträffades i Sverige i början av 2020. Covid-19 är ett nytt sarsvirus som sprids genom droppsmitta. Kunskap om det nya viruset saknades i början och har under året givit oss ny kunskap hur viruset fungerar samt hur vården ska vårda och skydda patienter och medarbetare från smittspridning.

Genom att hela världen var drabbad av pandemin så krävdes ny organisation nationellt, regionalt och lokalt.

Ett exempel var att Socialstyrelsens uppdrag att samordna skyddsutrustningen till Sveriges kommuner och regioner samt att ta fram ett kunskapsstöd gällande viruset.

Under hela pandemin har Gävle kommun följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och region Gävleborgs smittskyddsläkare för att göra egna rutiner och instruktioner inom kommunen.

I mitten av Mars påträffades Covid-19 i Gävle kommun.

De första som insjuknade var patienter i hemtjänsten och hemsjukvården. I april hade samhällsmittan spridit sig till vård och omsorgsboende. Många av både personal och patienter och kunder insjuknade under Våg 1 som pågick till juli månad.

Alla patienter som insjuknade i Covid –19 fick en individuell bedömning av läkare om den fortsatta vården. Många patienter fick stanna kvar i sitt boende med ökade insatser under våg 1. Det var fler patienter under våg 2 som skickades till sjukhus för vidare vård.

Våg 1 pågick mellan perioden mars-juli. Under augusti och september var det inga rapporterade smittade inom Gävle kommun.

Våg 2 startade i oktober på samma sätt som våg 1 med början i hemtjänsten och hemsjukvården. Och efter ytterligare någon vecka hade smittan kommit in på vård och omsorgs boendena igen.

Under pandemin har syfte att uppfylla kraven i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg varit extra viktigt All personal och chefer på alla nivåer har deltagit i utbildningar kring basal hygien.

Följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädregler har mätts vid två tillfällen. Under våren genomfördes mätningen i Gävle kommuns regi och under hösten deltog Gävle kommun i PPM mätningen som arrangerades nationellt via SKR.

Enligt rutin och utifrån rekommendation från Vårdhygien ska samtliga medarbetare genomgå en webbaserad utbildning i basal hygien som kommer från Region Skåne. När Socialstyrelsen under pandemiåret tagit fram en riktad webbaserad utbildning till kommunala verksamheter så togs beslut om att utbildning ska vara obligatorisk för samtliga verksamheter och chefer. En utbildning film om viruset, basal hygien och skyddsutrustning i kommunal vård och omsorg som kommer från Region Västerbotten? har setts av samtliga medarbetare och chefer. I denna utbildning ingår ett beslutsstöd för hur skyddsutrustning ska användas i samtliga situationer vilket även har används i samtliga verksamheter i Valfärd Gävle under hela pandemin.

## Beredskapsgrupp

I början av mars påbörjades avstämningar inom Valfärd Gävle gällande covid-19 och den 23 mars tillsattes en beredskapsgrupp med syfte att leda och styra Valfärd Gävle under Covid-19. Beredskapsgruppen leds av sektorchef och övriga deltagare är biträdande sektorchef, kontorschefer, säkerhetssamordnare, kommunikationschef, HR-chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och nämnds samordnare.

Uppgifter för gruppen är:

Besluta om stängning och öppning av verksamheter

Besluta om direkta förändringar i verksamheterna till följd av dagsläget

Följa personalläget och fatta beslut om omfördelningar av personalresurser över kontorsgränser

Fördela resurser från andra sektorer samt andra organisationer

Övergripande samordning av materiel och besluta om inköp av materiel samt andra större resurstillskott

Besluta om övergripande kommunikationsinsatser internt eller externt

Samordna kontakter med regionen som inte fångas av andra forum

Ett samordningsteam bildades i början av pandemin för att hantera frågor och arbetsuppgifter som inte kräver särskild kompetens. Denna grupp har under pandemin inhandlat, paketerat och distribuerat skyddsutrustning och skyddsmaterial till samtliga verksamheter.

## Åtgärder som har vidtagits

### Information och instruktioner

Då informationsflödet från olika myndigheter var stort i början av pandemin och det var svårt för verksamheterna att hålla sig uppdaterade gavs i uppdrag till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS att dagligen följa informationsflödet och utifrån det upprätta instruktioner på Valfärd Gävles intranät.

Instruktionerna beslutas efter rekommendationer från olika myndigheter samt riktlinjer från smittskydd och Vårdhygien I Region Gävleborg. Detta har skett löpande under året och pågår fortfarande.

### Utbildningar och stödmaterial

Bedömning och beslut om vilka utbildningar och vilket stödmaterial som ska användas av verksamheterna har tagits av beredskapsgruppen och materialet har lagts ut på Valfärd Gävles intranät tillsammans med instruktionerna.

## Rapporteringsverktyg

Ett rapporteringsverktyg togs fram och har använts under hela pandemin. Detta verktyg har gjort att beredskapsgruppen övergripande kunnat följa utvecklingen av smittspridningen i samtliga verksamheter där nämnden är huvudman och vårdgivare. Denna inrapportering har under pandemin använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd samt internt för att säkerställa personal och patientsäkerheten.

## Smittspårning

Smittspårning har skett under hela pandemin i samverkan med smittskydd.

## Vårdhygien

Vid smittspridning i verksamheter har Vårdhygien snabbt kopplats på och genomfört möten, både fysiska och digitala samt genomfört hospiteringar. Detta i syfte att snabbt identifiera eventuella brister i Vårdhygien och att snabbt kunna åtgärda dessa för att förhindra vidare smittspridning.

## Gemensam Hälso- och sjukvårdsorganisation

I mitten på april startade en gemensam hälso- och sjukvårdsorganisation inom Valfärd Gävle med syfte att ha en chef som säkerställer bemanning och kompetens i samtliga verksamheter. Risk och konsekvensanalys genomfördes innan införandet.

## Covidboende

Valfärd Gävle förberedde tidigt att kunna öppna ett Covidboende på Kristinelund för att säkerställa ett eventuellt ökat behov. Samverkan med Region Gävleborg genomfördes och läkarsamverkan säkrades. Detta boende öppnades aldrig relaterat till att det inte fanns behov för detta. Korttidsenheten på Bergmästaren har under pandemin haft några covidplatser vilket har täckt behovet av Covidplatser.

## Personalprovtagning

I slutet på april fick Valfärd Gävle tillgång till en specifik personalprovtagning som beslutades och samordnades av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS i samråd med chefsläkare i Region Gävleborg. Då provtagningskapaciteten under en längre tid var begränsad så var det endast nyckelpersoner som fick provtas. Legitimerad personal var de som prioriterades i början. När provtagningskapaciteten ökade blev provtagningarna tillgängliga för flera yrkeskategorier. Denna hantering pågick fram till i slutet på juni då egenprovtagningen öppnades. Under denna tid provtagits närmare 500 medarbetare. Personalprovtagningen bedöms haft en god effekt på smittspridningen

## Stöd för chefer i arbetet att förhindra smittspridning

I mitten på maj tog ett stöd för chefer fram i form av ett frågeformulär där man beskrev hur man arbetade i verksamheterna och vilka åtgärder man vidtagit för att förhindra smittspridning. Detta formulär ersattes under sommaren med Socialstyrelsens lägesbild som är specifikt framtaget för detta ändamål.

Under pandemin har Socialstyrelsen tagit fram olika utbildningar och stödmaterial och har använts av verksamheterna som har varit riktad mot kommunala verksamheter.

## Vaccinationer

28 december påbörjades vaccinationer Covid-19 av kunder/patienter boende på särskilda boenden för äldre. Vaccinationerna gavs i 2 doser med tre veckors mellanrum.



## Samverkan Region/ Kommun

I slutet på mars startade samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner. Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om vissa gemensamma rutiner. Från Region Gävleborg var chefsläkare i primärvården, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, smittskyddsläkare och hälsovalskontoret representerade och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade. Detta samverkans forum har funnits under hela pandemin och fortsätter även i dag. I dagsläget sker dessa möten en gång i veckan men under vågorna med ökad smittspridning sker dessa två gånger i veckan. I dagsläget har detta forum utökats med chefsläkare i slutenvården och vårdhygien, Detta forum har varit viktiga under pandemin där man snabbt har satt in lokala åtgärder vid ökad smittspridning.

Lokal samverkansgrupp i Gävle kommun startades upp under april 2020 och pågår fortsatt. I detta forum ingår representanter från samtliga hälsocentraler i Gävle kommun samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR, verksamhetschefer från kontor myndighet, boende och stöd i hemmet. Syftet med detta forum är att stärka samverkan och gemensamt arbeta för att stärka patientsäkerheten.

I början på mars startade de offentligt drivna hälsocentralerna i Gävle en kommun samverkande central på Gävle Strands hälsocentral för att ge bättre förutsättningar och ökad samverkan gällande de mest sköra patienterna inom verksamhetsområdet. Där fanns distriktssköterskor och läkare som samarbetade med samtliga särskilda boenden, LSS och hemsjukvård med ronder och stöd. Distriktssköterskorna arbetade med hembesök, SIP och utskrivningsprocessen för hela VO Primärvård Gävle. Läkare var tydligt involverad i utskrivningar från slutenvården vilket resulterade i bra planeringar och snabba säkra inskrivningar i hemsjukvården i det fall det behövdes.

## Covid-19 påverkan på rehabiliterande insatser

Enligt en översiktlig nulägesanalys under våren respektive efter sommaren 2020 så fördes dialog i verksamheter angående åtgärder för att minska smittspridning kontra vilka rehabiliterande insatser som var prioriterade eller som kunde senareläggas. Det framkom även att arbetsterapeuter/fysioterapeuter-sjukgymnaster gjort fler insatser via personal eller telefonrådgivning. Förflyttningsbedömningar och utprovning av hjälpmedel har skett under pågående Covid-sjukdom när behov funnits, man har även ibland avvaktat testresultat innan besök.

Efter patienters friskförklaring har det vid behov genomförts hembesök för bedömning i samband med hemgång från sjukhus eller friskförklarad i hemmet. Insatser har varit bedömning av mobiliseringsbehov och utprovning av hjälpmedel för att klara förflyttningar, gå träning samt armträning. Få patienter har behövt utprovning av PEP-pipa/mask.

Verksamheten skapade ett Covid- team inom hälso-och sjukvårdsorganisationen där arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast gjorde insatser och hembesök hos patienter med bekräftad covid I hemsjukvård och vård-och omsorgsboende. Exempel på upplevda undanträngningseffekter:

Det har gjorts uppehåll för de flesta träningspatienter på vård -och omsorgsboenden under vårterminen 2020. Patienter har även själva frånsagt sig träning utifrån rädsla att bli smittade. En del nyinskrivna patienter och även tidigare inskrivna patienter har också avböjt hembesök för att undvika smittorisk. Det har även erbjudits färre förebyggande besök.

Vid frågetillfällena så hade några enheter har ej haft arbetsterapeut/fysioterapeut-sjukgymnast närvarande under smittspridning på enheten och andra hade än så länge inte behövt senarelägga eller ställa in rehabinsatser då de ej hade haft smittspridning.

Det beskrivs även att gruppaktiviteter, gymträning och viss annan specifik träning har blivit inställda.

Konsekvenserna av ovanstående utifrån pandemin kan bli utebliven rehabilitering, mer stillasittande och social isolering vilket påverkar negativt ur fysisk och psykisk aspekt. Även utevistelser och besök av närstående har påverkats. Fysioterapeuter-sjukgymnaster/arbetsterapeuter har uppmuntrat att fortsätta arbeta med meningsfulla aktiviteter samt att både kunder och personal fortsätter att röra på sig, träna på egen hand och fortsätta göra aktiviteter per avdelning”.

Statistik visar färre hembesök år 2020 jämfört med 2019 för fysioterapeuter/sjukgymnaster i hemsjukvård och på vård- och omsorgsboende. Arbetsterapeuter har gjort ungefär lika många hembesök i hemsjukvård som år 2019, men färre besök på vård- och omsorgsboende år 2020 jämfört med 2019.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering har förmedlat kunskapskällor för fysioterapi och arbetsterapi relaterat till Covid-19. Möjlighet har funnits att delta i nationella webinarier samt specifik utbildning gällande andningsgymnastik (IMT). Socialstyrelsens kunskapsstöd för professioner respektive chefer har förmedlats och en rutin gällande rehabilitering i samband med Covid-19 har sammanställts tillsammans med nutritionsansvarig dietist (NAD). MAR har träffat enhetschef för rehabilitering samt ledningsansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut (LANR) för gemensamma genomgångar av kunskapskällor/material och nulägesanalys.

### Riskbedömningar

Rutinen för individuella riskbedömningar fastställer att varje patient som flyttar in på något av kommunens boenden (vård- och omsorgsboende eller LSS/socialpsykiatri) eller som skrivits in i hemsjukvården ska erbjudas riskbedömningar vad gäller fall, nutrition, munhälsa och trycksår. Resultatet av dessa riskbedömningar ska utmytna i individuella vårdplaner med samtidig bedömning av när nästa riskbedömning ska utföras. Detta för att minska risken för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa.

### Läkemedelshantering och delegering

Rutiner för läkemedelshantering och delegering finns vilka utgår från gällande regelverk. Innan delegering av läkemedelshantering medges till medarbetare ska denne genomgå en webbutbildning och ett kompetenstest för att sedan undervisas av sjuksköterska med tillhörande kunskapsprov. Rutin för delegering informerar om vilken kompetens och under vilka förutsättningar delegering av en arbetsuppgift får ske. Rutinen för delegering har uppdaterats under 2019.

### Avvikelsehantering

Under år 2019 genomfördes en övergripande granskning av avvikelsehanteringen, som omfattade såväl medicinska som sociala avvikelser. Granskningen avsåg processens delar i avvikelsehanteringen och har skett genom intervjuer, en kvalitativ granskning av ett urval registrerade avvikelser samt en kvantitativ granskning.

Syftet med granskningen var att få en förståelse för vad det är som bidrar till att hanteringen inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt och hitta förbättringsåtgärder för att underlätta i respektive verksamhet.

Resultatet av granskningen visar att avvikelser registreras men att processen inklusive analys och åtgärder brister:

Rutin, lathundar och avvikelsemodul har brister. Dokumenten samt uppbyggnaden i modulen behöver förtydligas för att underlätta hantering och ge förutsättningar att göra rätt.

Verksamheten följer inte den rutin som finns.

Genom att inte använda de möjligheter som finns i Välfärd Gävles digitala avvikelshanteringssystem missar verksamheten möjlighet att få stöd i många delar av processen. Behov av vissa justeringar i modulen har framförts till leverantör.

Både styrning och hantering av behörigheter behöver ses över för att underlätta arbetet för enhetschefer och andra berörda.

Avvikelsehanteringen blir åsidosatt relaterat till både brist på kunskap och tidsbrist.

Det råder stor oklarhet runt roller och ansvar i hanteringen av avvikelser.

Verksamheten arbetar inte systematiskt för att förebygga avvikelser.

Sektorchef har tagit beslut om genomförande av åtgärder utifrån genomförd granskning. Arbetet pågår med revidering av rutin och lathundar. Behörigheter i avvikelsemodulen revideras och tekniska förbättringar har efterfrågats hos leverantören. Berörda verksamhetschefer har fått i uppdrag att organisera ett strukturerat arbetssätt för hanteringen av registrerade avvikelser samt organisera kvalitetsråd i verksamheterna för att få en lärande organisation. Har inte genomförts pga. pandemin genomförs 2021.

## Journalgranskning

En rutin för journalgranskning av den legitimerade personalens dokumentation med journalgranskningsmall har utarbetats under 2019 och en granskning har utförts. Granskningarna kommer att ske fortlöpande var sjätte månad. Syftet med granskningen är att tillse att de krav som ställs på dokumentationen uppfylls och att analysera förbättringsbehov med förbättringsförslag. Har inte utfört pga. pandemin.

De journalgranskningar som har gjorts under året är på förekommen anledning och vid kvalitetsgranskning av verksamhet samt vid avtals uppföljningar.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ska enligt rutin journalgranska två gånger per år. Detta har inte genomförts enligt rutin endast vid kvalitetsgranskning samt vid förekomna fall i utredningar detta pga. arbete med pandemin.

## Vårdhygien

Samverkan med Vårdhygien Gävleborg under 2020 finns beskrivet under stycket i Pandemin.

## Intern samverkan

Under 2020 har hälso-och sjukvårdsrådet arbetat med pandemifrågor. I det nämnda rådet deltar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvarig för rehabilitering, nutritionens ansvarig dietist och biträdande sektorchef samt kontorschefer.

Kvalitetsteamet har arbetat med övergripande kvalitetsfrågor till och från utifrån Pandemin. En kvalitetsgranskning av ett vård-och omsorgsboende startades 2020 och pågår 2021. Kvalitetsteamet består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvarig för rehabilitering, nutritionens ansvarig dietist, utredare och socialt ansvarig samordnare.

MAS och MAR är stödjande funktioner till vårdplanerings teamets legitimerade personal i hälso-och sjukvårdsfrågor.

## Utbildningar till omvårdnadspersonal

Relaterat till pandemin så erbjöds till sommarvikarier inom egenregion endast en teoretisk förflyttningsintroduktion via webben med tillhörande kunskapstest år 2020. Det finns ingen exakt statistik gällande antalet deltagare då det även var möjligt att genomföra denna i grupp. Rehabiliteringen erhöll dock 159 utvärderingar från deltagare. Många ansåg att materialet var informativt och tydligt, men hade önskat att det skulle ha fungerat med fysiska träffar såsom tidigare år.

## Riskanalys

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

Riskanalys har genomförts i samband med att man startade upp en gemensam hälso- och sjukvårdsorganisation.

Riskanalys i varje enskild verksamhet har genomförts löpande relaterat till pandemin.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Avvikelse inkommer i avvikelssystemet som bedöms av chef och legitimerad personal. Om bedömningen visar 8 och mer i poäng ska denna skickas till MAS/MAR som bedömer om en utökad utredning ska starta.

Av den utökade utredningen bedömer MAS/MAR enligt delegation från nämnd om det är en allvarlig vård skada och skickar elektroniskt anmälan till IVO inspektionen för vård och omsorg enligt gällande rutin för Lex Maria.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§, HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) genomförde en granskning av kommunens systematiska informationssäkerhetsarbete i egenskap av leverantör av samhällsviktig tjänst inom hälso- och sjukvårdssektorn enligt NIS-direktivet. IVO identifierade följande brist: kommunen har inte genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem.

Ett förberedande arbete har initierats för att under våren 2020 påbörja införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete vid Valfärd Gävle. I det arbetet ingår att:

- genomföra informationsklassning
- utveckla och implementera process för incidenthantering
- utforma lokala anpassningar och stöddokument till kommunens övergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)
- utforma en organisation för informationssäkerhet där roller och ansvar för informationssäkerhetsarbetet är tydligt utpekade och tilldelade
- kompetensutveckling/medvetandehöjning inom informationssäkerhet genom bland annat information

År 2019 genomfördes loggkontroller på begäran i journalsystemet Treserva. Under 2020 kommer även slumpmässiga loggkontroller genomföras. Inga loggkontroller genomfördes gällande nationell patientöversikt NPÖ år 2019. Gällande behörighetsstyrning kan endast respektive ansvarig chef beställa behörigheter till sina medarbetare och behörighet beställs i de system och i den omfattning som krävs för arbetet.

## Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Avvikelser

Avvikelsehanteringen inom Valfärd Gävle är identifierad som ett utvecklingsområde enligt den framtagna rapporten 2019. Därav blir statistiken missvisande och svår att analysera. Det som går att konstatera är att det rapporterats totalt 5276 avvikelser i verksamhetssystemet. Av dessa är 1893 fallolyckor. 1108 avvikelser som berör läkemedelshandling går det ej att utläsa om det rör patienter vars läkemedelshandling är bedömd som hälso och sjukvård eller bedömd som egenvård.

Enligt gällande rutin för avvikelsehantering ska en sannolikhets- och allvarlighetsbedömning göras inom en vecka efter upprättad avvikelse. Precis som i tidigare kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser kan det konstateras att sådana bedömningar saknades i mycket stor utsträckning. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelsehantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om MAS/MAR blir informerad om händelsen eller inte.

2016	2017	2018	2019	2020
5450	6109	5663	5441	5276

Tabell 2. Antal registrerade avvikelser 2020.

### Klagomål och synpunkter

År 2020 registrerades 131 synpunkter och klagomål centralt, det vill säga sådana synpunkter och klagomål som diarieförts hos Valfärd Gävle. Dessa kan omfatta såväl synpunkter och klagomål rörande enskilda individer som andra mer övergripande synpunkter och klagomål. Det bör dock noteras att det under den beskrivna perioden även funnits andra kanaler för att lämna synpunkter och klagomål på Valfärd Gävles verksamheter.

Ingen sammanställning/analys av de inkomna klagomålen/synpunkterna finns genomförd av verksamheterna år 2020. Det totala antalet klagomål och synpunkter vilket redovisas i tabell 3 kan omfatta både medicinska och sociala avvikelser. Att hitta ett bra arbetssätt för kategorisering av klagomål och synpunkter vilket sedan underlättar analys är ett mål.

2016	2017	2018	2019	2020
157	122	131	134	131

Tabell 3. Antal centralt registrerade klagomål och synpunkter 2020.

## Händelser och vårdskador

Under 2020 har fyra Lex Maria anmälningar lämnats till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Identifierade förbättringsområden är att ett beslutstöd till sjuksköterskorna behövs för att förbättra kommunikation och informationsöverförande både internt och externt. Utbildning i fall har identifierats till omvårdnadspersonal och en utbildning till sjuksköterskor i skullskador samt upprättande av en rutin för fall.

Dokumentation följsamhet till dokumentationskrav och befintliga rutiner samt att arbeta strategiskt med riskbedömningar och vårdplaner utifrån den enskildes behov. Brister i introduktion för sjuksköterskor har identifierats och checklista ska ses över.

## Patientnämndsärenden

Har under 2020 skickat 8st klagomål till välfärd Gävle som handlade om brister i omvårdnad, behandling i livets slut, bedömning, vårdflöde och processer.

## Uppsökande tandvård

Tandhygienist eller tandläkare utför den uppsökande tandvården vilken omfattar munhälsobedömning och handledning i individens hem. Det sker alltid i samverkan med kommunal personal eller anhöriga. Jämfört med 2019 har det utförts färre munhälsobedömningar detta pga att denna uppsökande verksamhet pausades under covid-19 och besöksförbudet på vård och omsorgsboendena.

De som har rätt till nödvändig tandvård är de personer som:

- N1. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för och som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.
- N2. Får varaktigt och omfattande hemsjukvård.
- N3. Omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- N4. Bor i egen bostad och har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Alternativt har en omfattande och långvarig psykisk sjukdom och bor i eget boende, gruppboende eller motsvarande.

	Antal munhälsobedömningar	Antal vårdplatser	Antal Ja	Antal Nej	Antal Ja+ Nej	Andel uppsökta munhälsobedömningar/ Ja tack
<b>Gävle totalt</b>	432	1447	1172	620	1792	36,9%
<b>N1</b>	401	1035	952	60	1012	42,1
<b>N2</b>	1	1	8	5	13	2,5 %
<b>N3</b>	7	173	81	383	464	8,6 %
<b>N4</b>	23	238	131	172	303	17,6 %

Tabell 4. Statistik från Beställarenheten, antal munhälsobedömningar Gävle kommun 2020.

	Antal munhälsobedömningar	Antal vårdplatser	Antal Ja	Antal Nej	Antal Ja+ Nej	Andel uppsökta munhälsobedömningar/ Ja tack
<b>Gävle totalt</b>	854	1345	1073	707	1780	79,6 %
<b>N1</b>	815	933	905	53	958	90,1 %
<b>N2</b>	0	1	5	6	11	0,0 %
<b>N3</b>	4	173	44	454	498	9,1 %
<b>N4</b>	35	238	119	194	313	29,4 %

Tabell 5. Statistik från Beställarenheten, antal munhälsobedömningar Gävle kommun 2019.

## God vård i livets slutskede - Svenska palliativregistret

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

Välfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2020 rapporterades 56,85% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret. (2019 rapporterades 51,94 %)

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. Det har jämförts med år 2019 skett en ytterligare försämring. 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 och korttidsenhet samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer exempelvis frånvaro av trycksårgrad 2–4 på vård- och omsorgsboende samt och ordination av injektionsläkemedel.



# Svenska palliativ registret

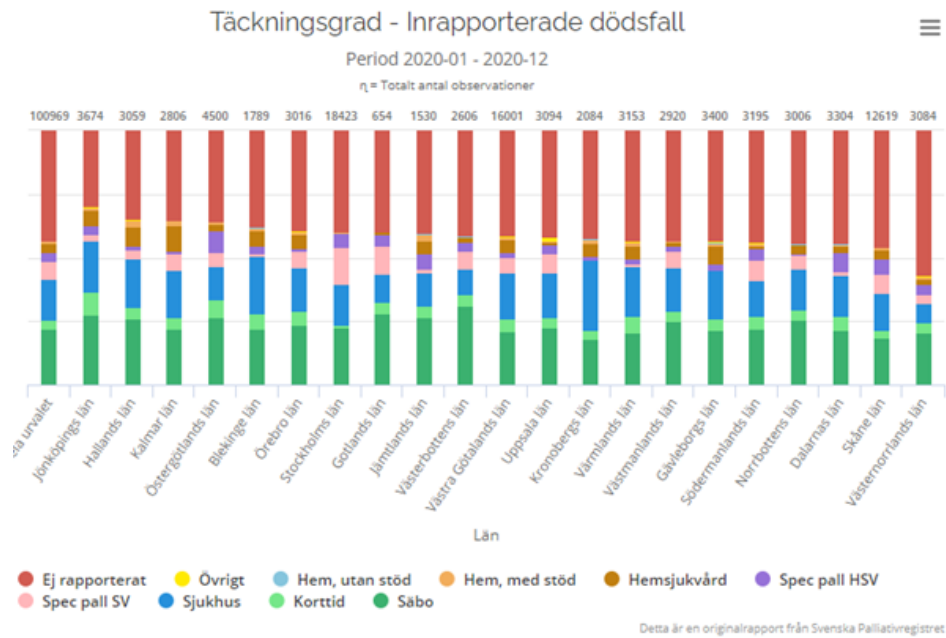
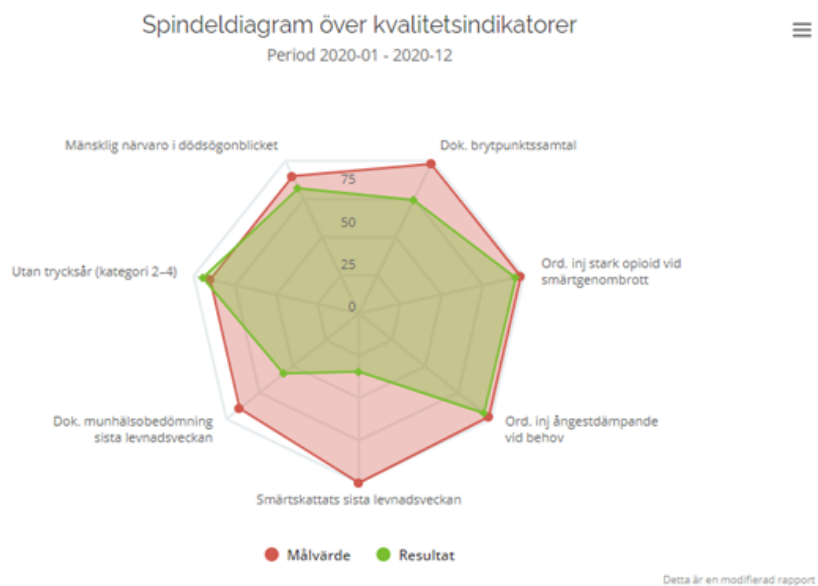


Diagram för urval: Kommun, Gävle, Särskilt boende/vård och omsorgsboende, > 65år, N= 195



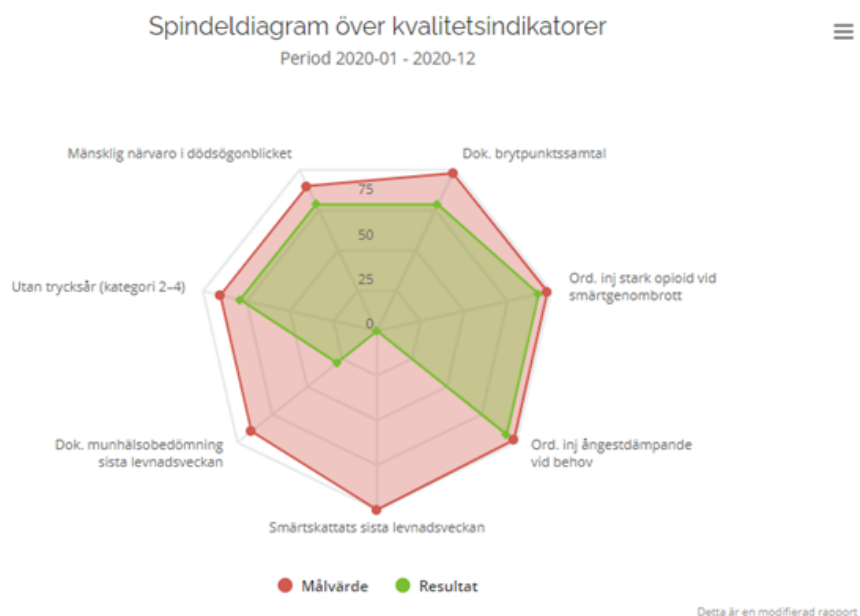
Tabell för ovanstående: Särskilt boende/ vård-och omsorgsboende

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	74,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	34,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	56,9
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	94,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	82,1

Diagram för urval: Kommun, Gävle, korttidsplats, > 65år (N=14)



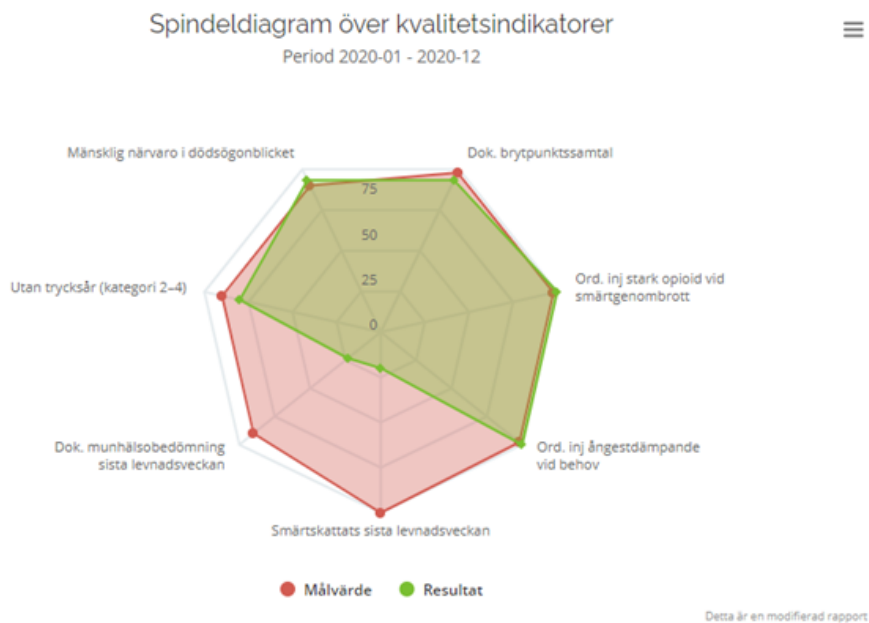
Tabell för ovanstående: Korttidsplats

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	78,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	92,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,9
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	28,6
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	78,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	78,6

Diagram för urval, Kommun, Gävle, Eget hem med stöd av allmän hemsjukvård, > 65år, N= 30



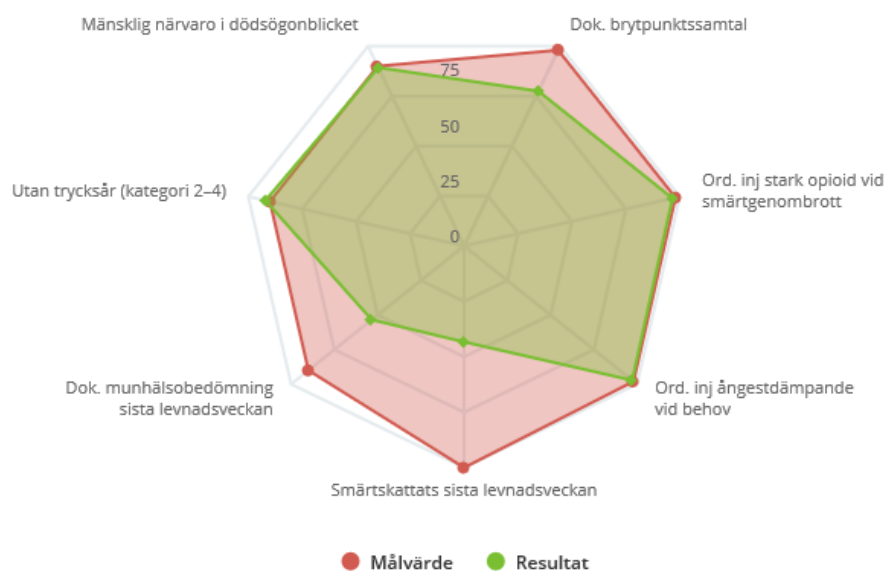
Tabell för ovanstående: Eget hem med stöd av allmän hemsjukvård,

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

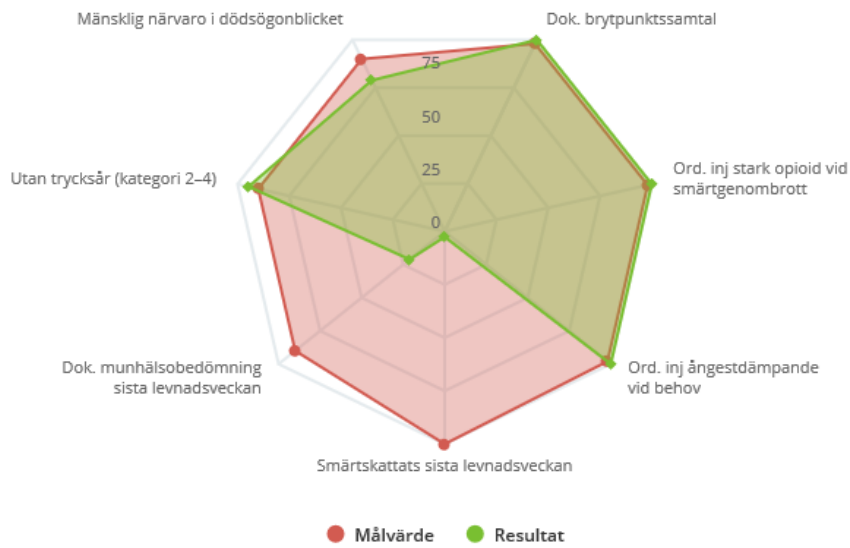
Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	93,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	20,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	23,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	80,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	93,3

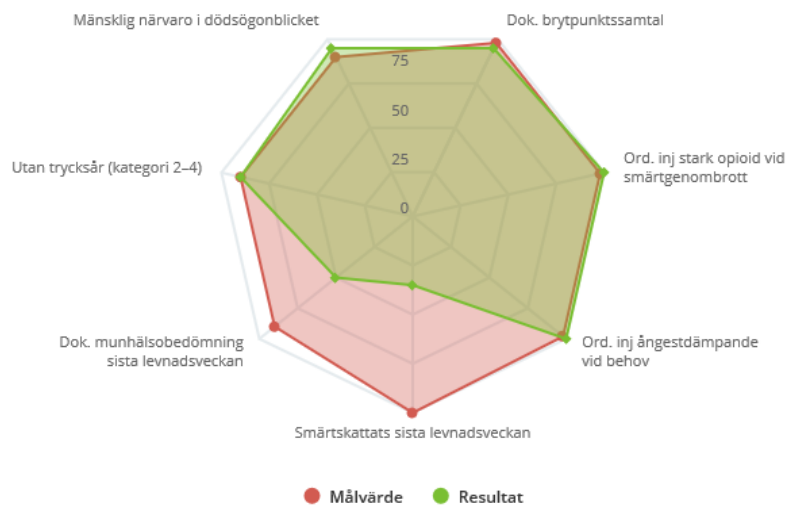
### Jämförelse med 2019



Figur 1. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Vård och omsorgsboende, > 65 år, N=178. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 2. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Korttidsplats, >65 år, N= 38. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 3. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Eget hem m. stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N= 20. Källa: Svenska palliativregistret

## Individuella riskbedömningar

I Välfärd Gävle genomfördes riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert mellan år 2010 och till och med 30 april 2019 för brukare vid vård- och omsorgsboende, boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt brukare inom hemsjukvård. Därefter begärdes utträde ur registret och en ny rutin publicerades i ledningssystemet för att stödja det preventiva arbetet.

I tabell 6 nedan visas antalet genomförda riskbedömningar för år 2020 gällande fallrisk, undernäring, trycksår och munhälsa samt antal unika personer som fått riskbedömning. I tabell 7 visas fördelning av genomförda riskbedömningar per verksamhetsområde. Enligt rutin ska varje brukare erbjudas riskbedömning var sjätte månad. År 2020 fanns 1093 lägenheter inom vård- och omsorgsboende (november 2020), genomsnittligt antal hemsjukvårdspatienter per månad var 523 och antal lägenheter inom Funktionsnedsättning var 318 (augusti 2020)

En förklaring till att antalet riskbedömningar per bedömningsinstrument skiljer sig åt inom hemsjukvården beror troligen på att huvudansvaret för bedömning med respektive riskbedömningsinstrument har delats upp utifrån en testperiod med nytt arbetssätt. Sjuksköterskor har haft huvudansvar för bedömning med MNA och ROAG, arbetsterapeuter för bedömning med Norton-skalan och fysioterapeuter-sjukgymnaster för bedömning med DFRI inför teamavstämningar. På vård- och omsorgsboende genomförs troligen alla fyra bedömningar vid samma ett och samma tillfälle.

## Förebyggande riskbedömningar

2020	Antal riskbedömningar	Antal unika personer
Riskbedömning DFRI Fallrisk	570	460
Riskbedömning MNA Undernäring	529	510
Riskbedömning Norton Trycksår	565	441
Riskbedömning ROAG Munhälsa	483	383

Tabell 6. Antal riskbedömningar och antal unika personer. Källa: Treserva journalsystem

2020	Hemsjukvård	Vård- och omsorgsboende	Kortidsverksamhet	Funktionsnedsättning
Riskbedömning DFRI Fallrisk	82	487		1
Riskbedömning MNA	41	487		1

<b>Undernäring</b>				
<b>Riskbedömning Norton Trycksår</b>	67	497		1
<b>Riskbedömning ROAG Munhälsa</b>	35	447		1

Tabell 7. Antal riskbedömningar per verksamhetsområde i Treserva journalsystem 2020. Källa: Treserva journalsystem. Gävle Strand entréplan ingår i vård-och omsorgsboende i tabellen.

2019	Antal riskbedömningar	Antal unika personer
<b>Riskbedömning DFRI Fallrisk</b>	497	469
<b>Riskbedömning MNA Undernäring</b>	389	367
<b>Riskbedömning Norton Trycksår</b>	458	429
<b>Riskbedömning ROAG Munhälsa</b>	355	340

Tabell 8. Antal riskbedömningar och antal unika personer. Källa: Treserva journalsystem . 1Statistik för 2019 får tolkas med försiktighet. Detta då tillvägagångssätt för det vårdpreventiva arbetet förändrades under året samt att flera vård och omsorgsboenden som drivs via entreprenad har fortsatt registrera i kvalitetsregistret Senior alert och en osäkerhet kan råda om dessa riskbedömningar blivit registrerade som enstaka åtgärd i journalsystemet utöver i Senior alert registret. Bedömningen är ändock att det finns förbättringspotential gällande vårdpreventivt arbete.

2019	Hemsvård	Vård- och omsorgsboende	Korttidsverksamhet	Funktions-Nedsättning
<b>Riskbedömning DFRI Fallrisk</b>	134	354	4	5
<b>Riskbedömning MNA Undernäring</b>	17	367	0	5
<b>Riskbedömning Norton Trycksår</b>	81	372	0	5
<b>Riskbedömning ROAG Munhälsa</b>	11	344	0	0

Tabell 9. Antal riskbedömningar per verksamhetsområde i Treserva journalsystem 2019. Källa: Treserva journalsystem

## 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.

Ungefär 90 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 framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

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

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

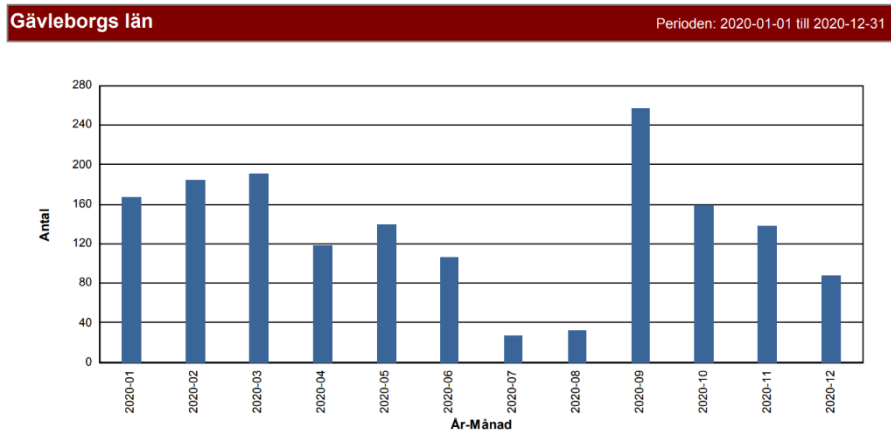


Figur 4. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.

År 2020 var det sammanlagda antalet registreringar i BPSD inom den kommunala hälso- och sjukvårdens egenregi och entreprenader 428 och antalet unika individer som erhållit bedömning 264. En registrering omfattar hela hjulet i figuren ovan. Under 2019 var det sammanlagda antalet registreringar 237 och antalet unika individer 167.



Antal registreringar/kommun perioden: 2020-01-01 till 2020-12-31



	Summa	2020-01	2020-02	2020-03	2020-04	2020-05	2020-06	2020-07	2020-08	2020-09	2020-10	2020-11	2020-12
Summa	1609	167	185	191	118	140	106	28	32	257	159	138	88
Bollnäs	295	22	30	25	44	26	8	3	6	48	37	28	18
Gävle	428	37	50	43	3	36	36	8	8	103	38	53	13
Hofors	25	2	6	1	0	1	0	1	2	1	6	4	1
Hudiksvall	193	21	35	40	4	15	24	0	2	33	12	1	6
Ljusdal	192	25	21	27	10	13	10	10	7	12	19	18	20
Nordanstig	56	13	5	0	1	6	4	0	1	9	11	6	0
Ockelbo	13	3	0	4	1	3	2	0	0	0	0	0	0
Ovanåker	42	2	6	7	3	1	0	1	3	14	2	3	0
Sandviken	164	16	12	13	19	14	13	1	0	19	15	14	28
Söderhamn	201	26	20	31	33	25	9	4	3	18	19	11	2

Det finns inga uppgifter om det totala antalet brukare med demenssjukdom. Den 31/12 - 2020 fanns det totalt 551 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård- och omsorgsboenden (egenregi och externa utförare). Det finns även kunder med demenssjukdom som bor på somatiska enheter.

Det finns fortfarande en förbättringspotential när det gäller registreringar och åtgärder med stöd av BPSD-registret, då varje person med demenssjukdom enligt nationella riktlinjer bör få minst en registrering genomförd per år. Dock har resultatet förbättrats jämfört med föregående år. För parametern "Andel personer som verkar smärtfria" finns utrymme för förbättring exempelvis gällande evidensbaserad smärtskattning. Andra förbättringsområden är multiprofessionellt teamarbete och minskat antal personer med olämpliga läkemedel. En projektledare har den 15/8 – 31/12 2020 haft ett uppdrag på 50% att arbeta med ett BPSD-projekt. Tolv enheter har deltagit inom egenregins vård- och omsorgsboenden. På samtliga dessa enheter har det uppnåtts förbättrat resultat utifrån delar av deras förbättringsarbeten. Inför år 2021 så utökas antal deltagande enheter i projektet.

## Nutrition, mat och måltider

Uppföljning och utveckling av mat, måltider och nutritionsarbete sker kontinuerligt på Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden. Under 2020 har kostmöten med kostombud och enhetschefer genomförts digitalt med majoriteten av Valfärd Gävles vård- och omsorgsboenden. Även matråd, där kostombud och matleverantör har deltagit, har hållits digitalt. Där har kostombud möjlighet att påverka maten och menyn genom att framföra matgästernas åsikter. I normala fall deltar även matgästerna själva vid dessa möten.

Denna goda samverkan mellan verksamheterna, nutritionsansvarig dietist, avtalscontroller kost och matleverantör har under året bidragit till förändringar av recept och meny och förändring vid portionerna och packning av maten, för att möta matgästernas behov bättre.

Nutritionsansvarig dietist har under hösten erbjudit digitala föreläsningar inom mat, måltider och nutrition, men på grund av pandemin har verksamheterna inte haft tid att boka in sådana tillfällen.

Måltidsobservationer som vanligtvis görs i varje verksamhet en gång årligen har också fått ställas in.

Utifrån *Rutin för mat och måltider* uppmuntras verksamheterna tillämpa karottsystem för att kunderna ska kunna ta själva av maten och därmed bevara funktionsförmåga. Karottsystem är tyvärr något som också har fått tagits bort under pandemin.

En positiv aspekt som pandemin medfört är att personal och kunder har upplevt måltiderna lugnare, då inte anhöriga har kunnat besöka och utgjort ett störingsmoment under måltiden. Många kunder uppger också att de varit nöjda med att få äta på egen hand i sitt rum. Detta kan bero på att många äldre har tugg- och sväljsvårigheter och då kan det vara stressande när andra ser på runt bordet.

## Nattfasta

Förebyggande av undernäring och behandling vid risk för undernäring eller konstaterad undernäring är centrala delar i arbetet kring nutrition. Det är även reglerat via Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10). För att få en bild av kundernas nutritionsstatus analyserar Gävle kommun nattfastans längd över tid.

En del i ledet att minska undernäring på Gävles vård- och omsorgsboenden samt korttidsenhet, är arbetet med att minska nattfastan. Mätningar har genomförts systematiskt sedan 2012. Målsättningen är att alla kunder ska erbjudas något att äta under kväll, natt eller tidig morgon för att ha en nattfasta som ej överskrider 11 timmar ofrivilligt. Vid erbjudandet av något ätbart kan kunden tacka nej, sova eller välja att inte äta, detta antecknas då och resultatet blir den så kallade erbjudna nattfastan. Verksamheterna kan på individ-, avdelnings-, och boendenivå analysera sitt resultat och utifrån det vidta åtgärder. Endast kunder med risk för undernäring bör väckas nattetid för att äta något. Det bestäms i samråd med sjuksköterska. För övriga kunder är nattsömnen prioriterad och något att äta på sängkanten tidig morgon kan vara ett bättre alternativ för att bryta nattfastan.

Under 2020 genomfördes en mätning under tre nätter i mars respektive oktober. Vårens mätresultat visade att 73 procent av kunderna erbjöds en tillräckligt kort nattfasta. Samma siffra för hösten var 82 %.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att nattfastans tid försämrades från hösten 2019, med en liten uppgång under våren 2020 för att sedan till hösten 2020 vara på samma höga nivå igen som under åren innan.

Det är viktigt att ta i beaktning att nattfastemätningen endast är en ögonblicksbild för hur man jobbar med att bryta fastan och att nattfastan i sig endast är en liten del i förebyggandet av undernäring. För att ta reda på hur stor andel av kunderna som riskerar undernäring eller har konstaterad undernäring behövs andra mätmetoder.

## Vidareutbildning nutrition

Inom kommunal hälso-sjukvård är det sjuksköterskan som har ansvaret för den basala nutritionsvården. Det innebär bland annat att en sjuksköterska ska kunna ordinera näringsdryck och följa upp och vid behov förändra en sondmatsregim. Majoriteten av sjuksköterskorna har inte dessa kunskaper med sig från grundutbildningen, vilket betyder att vidareutbildning inom tjänsten är av stor vikt för att garantera patientsäkerheten.

Under hösten 2020 skickades en enkät ut till samtliga sjuksköterskor inom Valfärd Gävle. Enkätens syfte var att ta reda på vad inom nutritionsbehandling som sjuksköterskorna ansåg sig ha kunskapsluckor inom. Enkäten innehöll även rena kunskapsfrågor. 41 sjuksköterskor svarade på enkäten och de flesta svarade att de behöver mer kunskap kring att räkna ut energibehov, uppskatta energibehov utifrån en kostregistrering, att välja näringsdryck och förändra mängd och hastighet för sondmat. Utifrån resultatet har en nutritionsutbildning tagits fram av nutritionsansvarig dietist.

## Pandemin

Inom välfärds Gävles patienter och kunder har 355 personer haft konstaterad Covid-19 under 2020. Av dessa har 255 personer tillfrisknat och 80 personer har avlidit under året.

PPM Mätningar har genomförts två gånger under året.

En i början av pandemin i eget utförande och en mätning när SKR v 40-v41 bjöd in för att mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

I SKR ppm mätning var det 162 kommuner som medverkade v40-v41. 286 mätningar genomfördes i Gävle kommuns regi.

Resultatet visade i basala hygienrutiner:

Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler är 56% i Gävle kommun jämfört med riket 64,5%.

- Andelen som desinfekterat händerna korrekt före arbete var Gävle kommun 77% och riket 78,2%.
- Andelen som desinfekterat händerna korrekt efter arbete var Gävle kommun 90% och riket 94,4%.
- Andel korrekt användning av handskar var Gävle kommun 92% och riket 97,2%.
- Andelen av korrekt användning av plastförkläden var Gävle kommun 88% och riket 89,5%

Resultatet i klädregler:

Andelen korrekt efterlevnad i alla fyra stegen klädregler var Gävle kommuns resultat 84% och riket 91,9%.

- Andel följsamhet till klädregler var Gävle kommun 93% och riket 92,9%.
- Andel fri från ringar, klockor, armband var Gävle kommun 95% och riket 96,8%.
- Andel med korrekt skötta naglar var Gävle kommun 95% och riket 97,2%.
- Andel med kort eller uppsatt hår var Gävle kommun 99% och riket 98,2%.

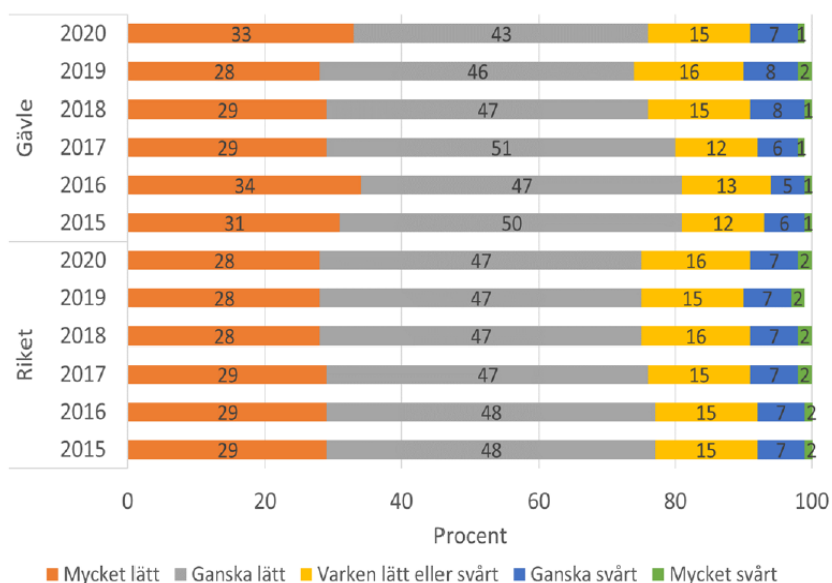
Denna mätning och vårens mätning visade att basala hygien och klädregler måste förbättras och är ett utvecklingsområde för Gävle kommun.

Det har varit extra noga att följa detta i pandemin då efterlevnad till basala hygienrutiner och klädregler har varit grunden till en säker vård.

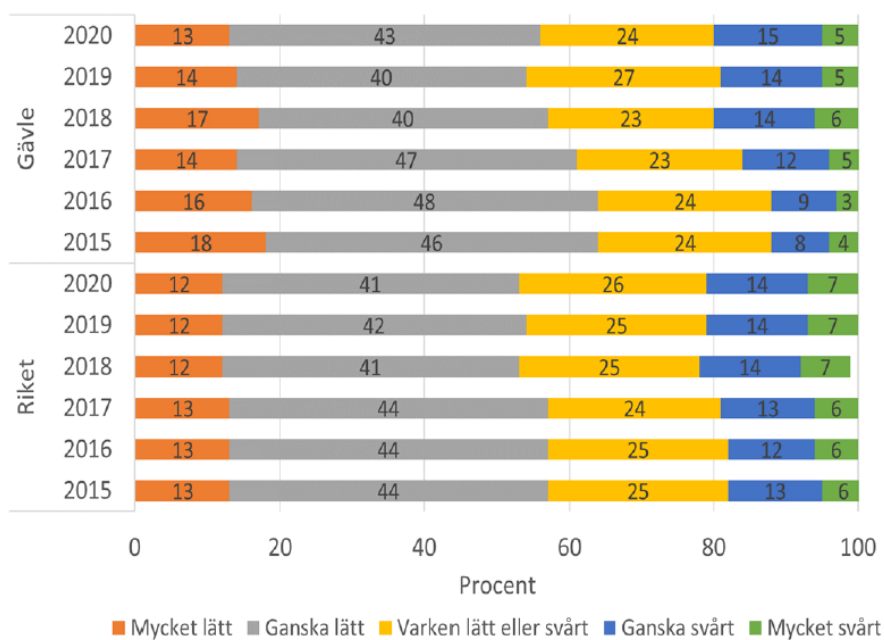
### Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

Nedanstående diagram visar resultatet från Socialstyrelsens årliga brukarundersökning för vård- och omsorgsboende där ett fåtal hälso- och sjukvårdsfrågor ställdes. I riket som helhet besvarades 88 procent av enkäterna och motsvarande siffra i Gävle var 88 procent. Värt att notera är att av de enkäter som inkom besvarades betydande andelar av någon annan än den äldre själv. Därmed bör resultaten tolkas med stor försiktighet.

Hur lätt eller svårt det är att få träffa sjuksköterska respektive läkare vid behov är Gävles resultat i de nationella brukarundersökningarna i princip jämförbart med rikets i årets mätning. Detta framgår av figurerna XX-XX. Andelen som tycker att det är ganska svårt att träffa en sjuksköterska vid behov har minskat med 1 procent från 2019 till 7 procent 2020. Motsvarande resultat är konstant för riket de senast 5 åren, 7 procent.



Figur 40. Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2015 - 2020.



Figur 5. Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2015-2020.

## **Fortsatta åtgärder/aktiviteter för att öka patientsäkerheten**

Nutritionsutbildning planeras att genomföras under 2021 för samtliga sjuksköterskor och erbjudas både live via Teams och via inspelad webbföreläsning. Efter utbildningen är det tänkt att sjuksköterskorna skall genomföra ett test i plattformen *Kompetensen* för att säkerställa kompetensnivån.

Beslutstöd ViSam implementeras under 2021

Utbildning i HSL dokumentation för att hitta den röda tråden

Digitala signeringslistor införs 2021 utbildning ska ske samt genomförande

Utbildning i läkemedelshantering och delegering till legitimerad personal och chefer.

Uppföljning av Pandemin covid-19

Avvikelsehanteringen för en bättre systematisk följsamhet.