

**Patientsäkerhetsberättelse  
för Arbetsmarknad och  
Funktionsrätts nämnden  
År 2022**



**Datum:** 2023-02-13

**Ansvarig för innehållet**

Ulrika Carlsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Johanna Storing Medicinskt ansvarig för rehabilitering

**Diarienummer** 23AFN34

## Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*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:

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

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Patienten som medskapare .....	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	17
MAS/MAR enkät .....	17
Säker vård här och nu .....	22
Riskhantering .....	22
Riskhantering .....	22
Stärka analys, lärande och utveckling .....	22
Avvikelse .....	22
Klagomål och synpunkter .....	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	28
Mål .....	28
Strategier: .....	28

## SAMMANFATTNING

Under 2022 ställde sig Valfärd Gävles berörda nämnder bakom den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet med målet "Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

Verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR har arbetat tillsammans med en verksamhetsutvecklare med det nationella analysverktyget för patientsäkerhet och identifierat fokusområden och aktiviteter. Det kvarstår att slutföra sista delen av arbetet för att upprätta en handlingsplan för fortsatt arbete i verksamheterna.

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter fortsatt arbetet med att förbättra avvikelshanteringen. Exempelvis har fortsatt utbildning samt råd och stöd i processen erbjudits. Utifrån resultatet bedöms att arbetet med avvikelshantering fortsatt är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds och åtgärdas utifrån vad lagstiftningen kräver.

Egenregins hälso- och sjukvårdsverksamheter har förnyat inventering och utarbetat ett flödesschema gällande hantering av medicintekniska produkter exempelvis för inköp, kalibrering/kontroll och utbildning i syfte att säkerställa säkerhet och lagkrav.

Förskrivningsprocessen för hjälpmedel har följts upp av MAR för egenregi och externa utförare.

Det har inte anmälts någon Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg under året 2022

Under 2021 anställde Valfärd Gävle en projektledare för att titta på hur den kommunala hälso-och sjukvården ska bäst organisera sig för att kunna möta vårdens framtida utmaningar och upprätthålla en god säkerhetskultur för att främja patientsäkerhet och arbetsmiljö. Arbetet har pågått fortsatt under år 2022.

Inför kommande år behöver den kommunala primärvården arbeta med de prioriterade områdena i handlingsplanen samt upprätta rutiner för riskhantering.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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



## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

### Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

#### Mål

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

#### Strategi

Den övergripande strategin under 2022 har varit att upprätta en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet. Att utifrån nulägesanalysen identifiera och prioritera åtgärder för att stärka patientsäkerheten, skapa en hållbar patientsäkerhetskultur och arbeta med riskhantering. I ledningssystemet finns rutiner för utredning, analys, åtgärder och uppföljning av allvarliga vårdavvikelser (rapporter från medarbetare samt inlämnade klagomål och synpunkter från patienter och närstående) samt samarbete med andra myndigheter och organisationer, regionalt och nationellt i frågor som rör patientsäkerhet.

### 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 Arbetsmarknad och funktionsrättsnämndens ansvarsområde under 2022.

Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöts 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 varav hälso- och sjukvård finns i två av

nämnderna. Hälso-och sjukvårdsansvar bedrivs i Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads-och Funktionsrättsnämnden.

### **Arbetsmarknads- och Funktionsrättsnämnd**

Arbetsmarknads-och Funktionsrättsnämnden är ansvarig vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för särskilt boende 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri.

### **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§.

### **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 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, första linjens chef**

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

### **Hälso-och sjukvårdspersonal**

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.

## **GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD**

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

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

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

#### **Vårdhygien**

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

#### **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. Ramavtal och lokala samverkansavtal reviderades under 2020 med ett tydliggörande av att teamsamverkan har en central roll. Detta för att stärka den personcentrerade vården och på så vis säkerställa patientsäkerhet.

#### **Förstärkt samverkan**

Förstärkt samverkan är en samverkansgrupp med representanter från slutenvård, primärvård och Valfärd Gävle. Valfärd Gävle representeras av kontorschefer, Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Medicinskt ansvarig för rehabilitering. Gruppen träffas tre gånger per termin.

#### **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.

### **Samverkan Region/ Kommun Covid-19 Pandemin**

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2022.

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.

### **Kvalitetsmöten och/eller teamträffar**

Sker med regelbundenhet, ca var 4-5 vecka eller ibland mer sällan. På dessa träffar deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef. I vissa fall deltar även rehab från Region Gävleborg. Runt den enskilde, som har både sociala insatser och kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, behöver parterna samarbeta. Tvärprofessionellt arbete innebär att parterna samordnar planering och genomförande av vård, behandling, stöd, service och omvårdnad utifrån den enskildes rättigheter och individuella behov samt med kommunens värdegrund som utgångspunkt.

### **Lokal samverkansgrupp Nutrition**

Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist NAD ingår från Vålfärd Gävle. Gruppen representeras av bland annat verksamhetschef Paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS Ockelbo kommun, primärvårdsdietist, chefsläkare 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. Gemensamma utbildningar och framtagandet av en rutin som gäller över vårdgivargränserna har varit fokus under 2022.

### **Lokal arbetsgrupp primärvård**

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

### **Lokal arbetsgrupp rehabilitering**

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

Uppdrag:

Utveckla samverkan i patienternas rehabiliteringsflöden mellan vårdgivare.

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.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Under år 2023 har en övergripande riskanalys gällande informationssäkerhet genomförts av informationssäkerhetssamordnare tillsammans med ledningsgrupp för sektor Vårld. Under februari fortsätter arbetet med sannolikhets- och konsekvensbedömning samt åtgärdsförslag. När det gäller årliga riskanalyser (NIS/hälso- och sjukvård) så är riskanalys påbörjad för Tresa VO samt att riskanalys för övriga system och nätverk inom hälso- och sjukvård är inplanerade under våren 2023. Informationssäkerhetssamordnare och enhetschefer för verksamhetsnära systemförvaltning ska även ta fram en rutin för årlig riskanalys.

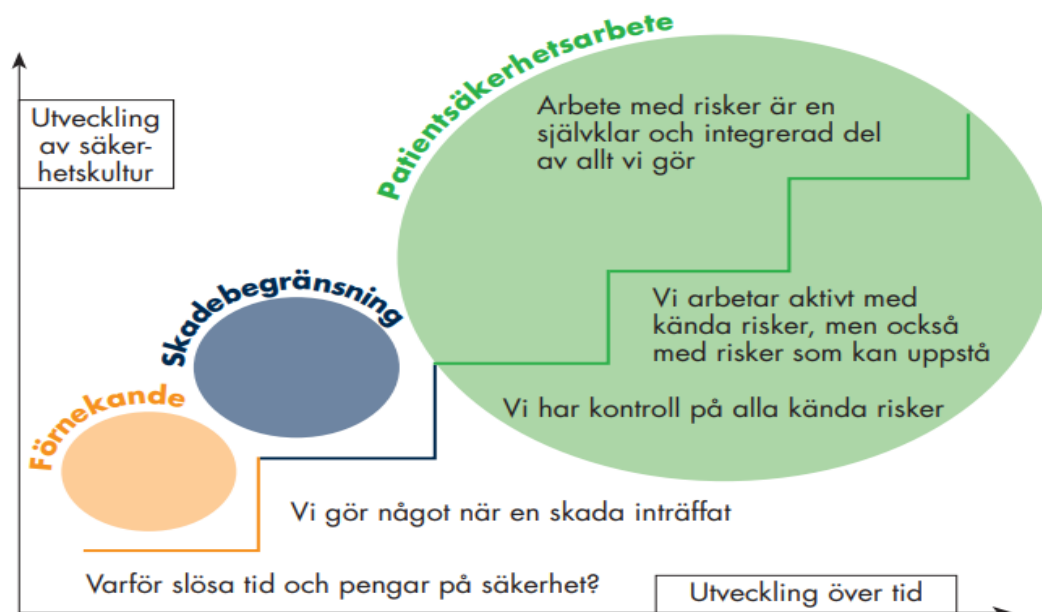
Rutinen för loggkontroll har varit under omarbetning tidigare år. Nytt förslag togs fram för vilket beslut skulle tas 2022. År 2022 har loggkontroller genomförts på begäran av chefer. Målet för 2022 var att systematiska loggkontroller skulle genomföras enligt den nya rutinen. Ytterligare revidering av rutinen kommer att färdigställas under år 2023 då förutsättningarna för att ta fram underlag för loggkontroller har ändrats. Under 2022 har inga loggkontroller genomförts.

Loggkontroller i nationell patientöversikt NPÖ sker varje månad.



## En god säkerhetskultur

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



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Figur 2. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg.

Den 3 december 2021 bjöds Charlotta George från Socialstyrelsen in till ett digitalt dialogmöte om den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och dess fortsatta arbete i kommunen. På mötet konstaterades att Vårld Gävle befinner sig i förnekelsefasen på säkerhetskulturtrappan vilket innebär att

patientsäkerhetsarbetet endast sker reaktivt. I mars 2022 föredrogs patientsäkerhetsberättelsen för år 2021 av medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för Rehabilitering för omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden. Vid nämnderna antogs den nationella målsättningen för patientsäkerhet att gälla för Valfärd Gävle:



Det tillsattes en arbetsgrupp för arbete med det nationella analysverktyget för patientsäkerhet. Arbetsgruppen bestod av verksamhetschefer enligt HSL från olika verksamhetsområden, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvarig för Rehabilitering, verksamhetsutvecklare samt verksamhetschef för enhet Planering, analys och utvärdering.

Arbetet med analysverktyget genomfördes innan sommaren med undantag för det sista delmomentet att utse ansvariga och prioritera klart mellan alla framtagna fokusområdets aktiviteter. En viktig del som framhölls inför tänkt prioritering var att vidareutveckla en organisation för kvaliteten. Det kvarstår att färdigställa handlingsplanen för identifierade fokusområden. Vid 2022 års utgång bedöms att Valfärd Gävle fortsatt befinner sig i förnekelsefasen i patientsäkerhetskulturtrappan. Det är således viktigt att arbetet med handlingsplanen färdigställs och blir implementerat i verksamheterna.

### **Prioriterat under grundläggande förutsättningar för en god och säker vård**

- Definiera god och säker vård och god patientsäkerhetskultur för Valfärd Gävle
- Ta fram mål, strategier och indikatorer för god och säker vård
- Adekvat kompetens och bemanning  
Återkommande utbildning för alla medarbetare

### **Prioriterat under de fem fokusområdena- exempel**

- Fortsatt arbete för att förbättra avvikelshantering
- Tydliggör indikatorer för verksamheter och säkerställ tillgång till statistik och uppföljning
- Rutin för stöd till patient och anhöriga vid en negativ händelse
- Säkerställ fortsatt implementering av beslutsstöd och nationella vårdförlopp och riktlinjer

- Säkerställ deltagande i relevanta kvalitetsregister och vidareutveckla processer för det
- Stärk samarbetet med vuxenutbildningen för utbildning och möjligheter till språkutbildning
- Differentiering av arbetsuppgifter
- Upprätta rutin för riskbedömning och riskhantering av verksamhet

### **Projekt sammanhållen och hållbar hälso- och sjukvård och omsorg**

Under 2021 anställde Valfärd Gävle en projektledare för att titta på hur den kommunala hälso- och sjukvården ska bäst organisera sig för att kunna möta vårdens framtida utmaningar och upprätthålla en god säkerhetskultur för att främja patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Projekt En sammanhållen och hållbar hälso- och sjukvård och omsorg var ett projekt med syfte att få en sammanhållen, hållbar och jämlik hälso- och sjukvård och omsorg inom Valfärd Gävle. Projektet utgick ifrån intentionerna i den nationella satsningen Nära Vård där samverkan och personcentrerad vård är en av utgångspunkterna. Projektet var uppdelat i två faser.

Fas 1 avsåg att se över nuvarande organisationsstruktur och genomföra en organisationsförändring i syfte att underlätta samverkan och personcentrerad vård. Ett förslag togs fram med ett nytt kontor som skulle samla all legitimerad personal och de undersköterskor som enbart arbetar med hälso- och sjukvård för att på så sätt få en sammanhållen, hållbar och jämlik hälso- och sjukvård. För att underlätta samverkan och möjliggöra en personcentrerad vård på ett enklare sätt innehöll förslaget också att göra fyra geografiska teamområden. Samtliga medarbetare som samverkar inom hälso- och sjukvård och omsorg skulle arbeta utifrån dessa gemensamma teamområden. De geografiska teamområdena syftade till att underlätta teamsamverkan genom att medarbetare från de olika kontoren kunde samverka på ett naturligt sätt kring de individer som geografiskt bodde i respektive område. Teamområdena syftade också till att underlätta en personcentrerad vård och omsorg med hög kontinuitet för respektive individ. Samtliga involverade medarbetare och chefer fick möjlighet att ge respons på förslaget om ett nytt kontor och fyra geografiska teamområden genom en webenkät. En risk- och konsekvensanalys genomfördes tillsammans med fackliga organisationer kring förslaget. Därefter tog sektorchefen beslut om att genomföra organisationsförändring utifrån föreslagen förändring med start 230403.

Fas 2 avsåg att tillsätta olika arbetsgrupper där medarbetare och chefer deltog från samtliga involverade kontor i varje arbetsgrupp. De olika arbetsgrupperna tillsattes utifrån identifierade arbetsområden. Arbetsområdena identifierades genom analyser, intervjuer och workshops där medarbetare och chefer deltagit. Arbetsgrupperna fick tydliga uppdragsbeskrivningar av styrgruppen för att arbeta fram förslag på förändrade arbetssätt, rutiner och hur de geografiska teamområdena skulle se ut samt hur samverkan inom dessa skulle ske. För varje arbetsgrupp ansvarade en verksamhetschef. Målet var att samtliga arbetsgrupper skulle leverera förslag till styrgruppen innan organisationsförändringen i april-23. Dock beslutade styrgruppen i november 2022 att pausa arbetsgrupperna och att arbetet därefter skulle ledas av det nya kontoret. I och med denna förändring beslutades också att projektet skulle avslutas i tidigare än planerat, 221231. Detta medförde att ingen av arbetsgrupperna uppnådde slutresultat innan projektets avslut.

## 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 välfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, undersköterskor och vårdbiträden.

Hälsa- och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård och omsorgsboenden och i hemsjukvård. Verksamheten har sjuksköterskor med specialistkompetens så som distriktssköterskor, demenssjuksköterska men även andra specialister. Det är en framgångsfaktor för personcentrerad vård.



### Kompetensutveckling och fortbildning år 2022

- Diabetesutbildning
- Basal hygienutbildning, medarbetare och chefer
- SIP- utbildning (webbaserad)
- Tjänstedesign
- Ledarskapsutbildning för mentorer/handledare (sjuksköterskor)
- Inkontinensinformation utifrån nytt avtal
- Sårvårdsutbildning
- Hjärt- och lungräddning HLR
- Utbildning i palliativ vård genom palliativa teamet
- Legitimerade verksamhetschefer i hemsjukvård och hemtjänst har deltagit på seminariedagar för medicinsk rätt.
- Utbildning i Händelseanalys (två verksamhetschefer, två MAS, MAR och en SAS)
- Utbildning i Förändringsledning (Stödfunktioner: MAS/MAR/SAS, projektledare, verksamhetsutvecklare kommunikatörer)

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 genom en god planering.

Välfärd Gävle använder planeringssystem TES:

- TES planeringen grundar sig på kundernas behov och önskemål. I planeringen framkommer vilken insats som ska utföras, när insatsen ska utföras och hur insatsen ska utföras genom hänvisning till ex vårdplaner.
- TES planeringen är också ett verktyg för att se om bemanningen räcker till eller om ytterligare resurser behöver sättas in. Vid exempelvis vak vård i livet slut brukar extra personal sättas in.
- I Planeringsverktyget planeras också in medarbetare som har läkemedelsdelegering och på det sättet framgår det tydligt vilken kompetens som behövs för uppdraget.
- Legitimerade medarbetare planerar också efter TES och bemanningen grundar sig utifrån vårdtyngd. Pågående arbete i områdesfördelning för att stärka medarbetarna att vara fler, göra rätt insats vid rätt tidpunkt samt stödja lära av varandra.

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och närstående ska vara delaktiga i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patientens mål för vården. Detta kan gälla samordnad individuell plan SIP, vårdplaner, brytpunktsamtal och genomförandeplaner.

Personcentrerad vård ska styra planering så att patientens mål uppfylls.

Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från närstående och patienter för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet för god vård. Individuella behov avseende AKK tillgodoses, om inte legitimerad personal har kompetens för detta så samarbetar man kring kommunikation med hjälp av omvårdnadspersonalen.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

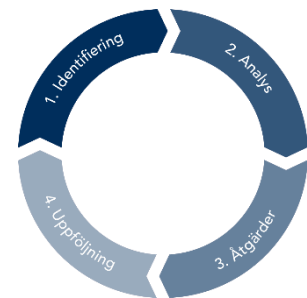
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

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

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



### 1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverket och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

### 2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

### 3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

### 4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning. Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.



## Öka 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.



### Lex Maria

Under 2022 har ingen anmälan om allvarlig vårdskada, Lex Maria skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

### MAS/MAR forum

Under 2022 skapades ett forum för att höja patientsäkerheten i välfärd Gävle. Forumet leds av MAS/MAR. Till forumet har all legitimerad personal, enhetschefer och verksamhetschefer både i extern regi och i egenregion bjudits in. Deltagandet har varit stort, mellan 80-100 personer har deltagit vid varje digitalt möte via Teams. I utvärderingen har framkommit att mötet har varit uppskattat och att framgången till stort deltagande har varit att mötet har skett digitalt. Dock syns tydligt i utvärderingen att legitimerad personal inte alltid får förutsättningar för att delta på forumen samt att man saknar att det som utbildas i följs upp i verksamheterna och blir verkstad.

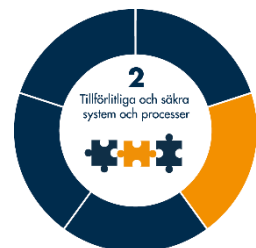
Syftet med forumet är att det ska bidra till dialog och lärande med både interna och externa föreläsare och varje möte har haft ett speciellt tema.

Teman under 2022 har varit:

- Uppföljning av sommaren och genomgång av allvarliga vårdskador/lex Maria 2022 med fokus på bakomliggande orsaker och åtgärder.
- Utskrivningsprocessen
- OPEN-konceptet (fysisk aktivitet /nutrition) samt God och nära vård
- Blåsdysfunktion
- Basal Demensutredning
- Munhälsa och Patientsäkerhetsberättelse för 2021
- Vårdhygien
- Fallprevention, extern kvalitetsgranskning läkemedel och utvärdering av forumet

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### MAS/MAR enkät

Varje år skickas en MAS/MAR enkät ut till samtliga verksamheter med ansvar för kommunal primärvård. Denna enkät innehåller frågor om samverkan för läkarstöd, läkemedelshantering, förekomst av trycksår, vårdhygienisk standard och medicinsk tekniska produkter. Resultatet av denna ska redovisas i patientsäkerhetsberättelsen årligen. För 2022 har det inkommit 20 svar av 50 möjliga vilket gör att något resultat inte kan presenteras.

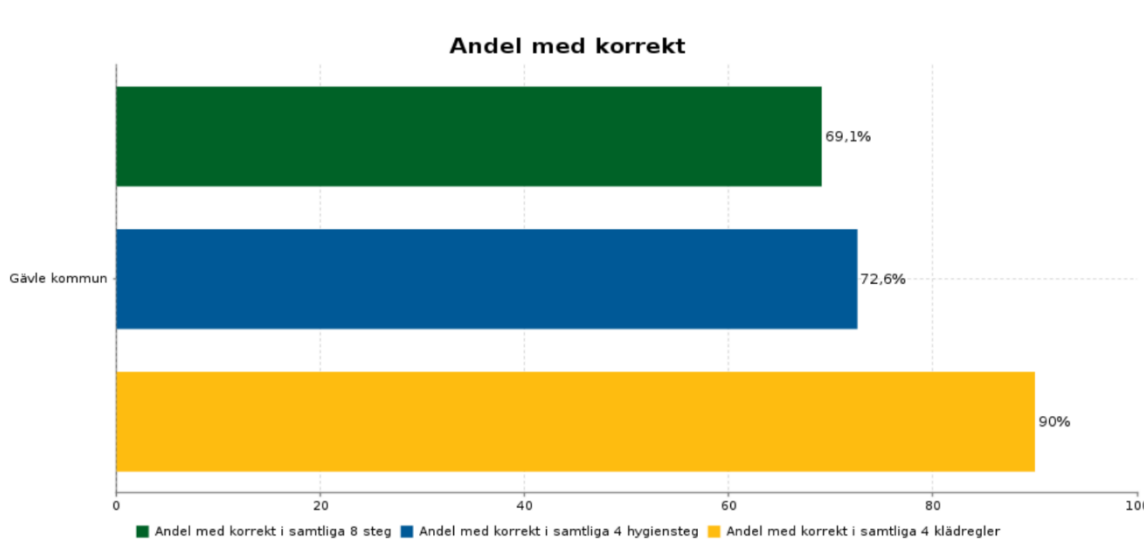
### Basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll av BHK basala hygienregler och klädregler skall enligt rutin mätas minst en gång per år samt vid behov i alla verksamheter där vård och omsorg utförs för att minska smittspridning i verksamheterna.

### PPM punktprevalensmätning SKR

I den kommunala primärvården inom Arbetsmarknad och funktionsrättsnämnden har sex boenden enligt LSS och tre boenden, socialpsykiatri genomfört den nationella mätningen under 2022.

Resultatet av mätningen visar att denna process inte är säkrad utan kräver förbättringsarbete i samtliga verksamheter.



### God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvaliteten, initiera förbättringsområden samt att följa upp. Vårdförhållanden i Gävle kommun håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2022 rapporterades 55,6% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret (2021 rapporterades 56,04%, 2020 rapporterades 56,85%, 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 symptom- och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symptom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett strukturerat sätt. Av resultatet nedan framgår att en låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan och ses som ett angeläget förbättringsområde. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är

dokumenterade brytpunktssamtal på vård- och omsorgsboenden samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer exempelvis frånvaro av trycksårgrad 2–4, mänsklig närvaro i hemsjukvård och ordination av injektionsläkemedel.

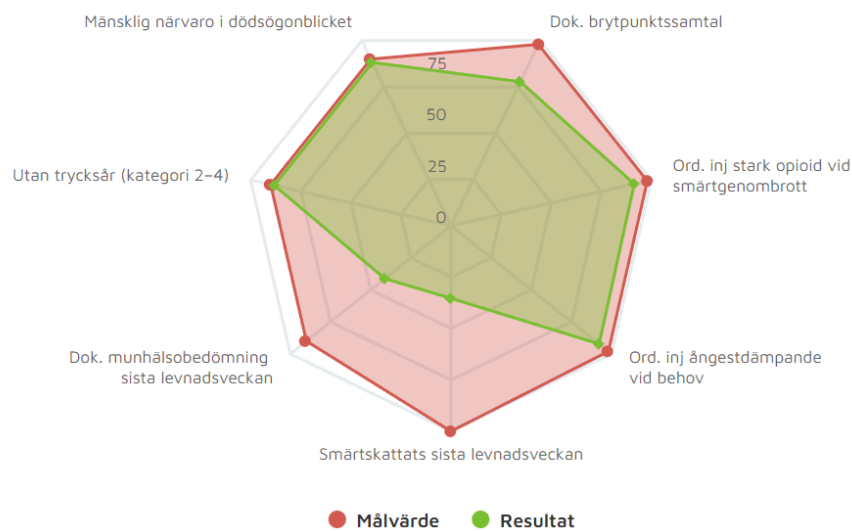
*Kvalitetsindikatorer är hämtade ur svenska palliativregistret och visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende/LSS nedan.*

Urval: Gävle kommun, vård- och omsorgsboende/LSS, >65 år, N= 154

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2022-01 - 2022-12



This is a modified report



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,8
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	91,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	35,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	41,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	88,2

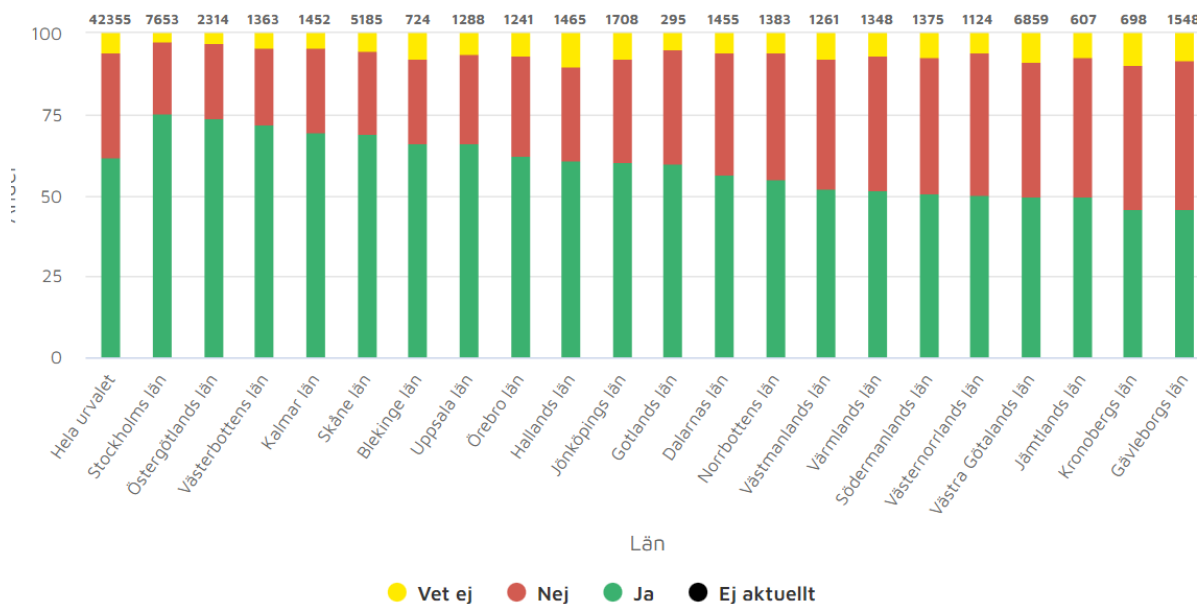
Urval: 65 år, per län

## Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



Period 2022-01 - 2022-12

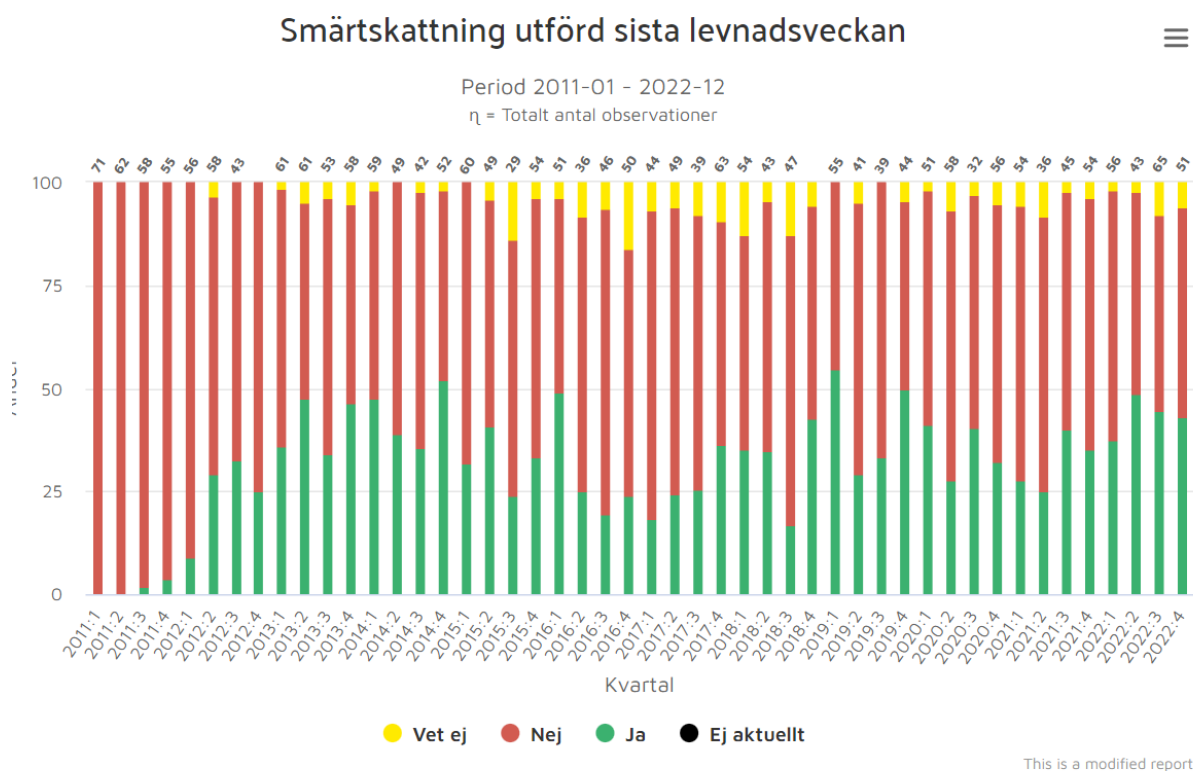
$n$  = Totalt antal observationer



This is a modified report



Diagram för urval: Kommun, Gävle, särskilt boende/vård- och omsorgsboende, >65 år, år 2011-2022, per kvartal



## Medicintekniska produkter

Egenregin påbörjade en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021.

Våren 2022 gjordes ett omtag i inventeringen. Två verksamhetschefer (legitimerade) initierade arbete med ledningsgrupp och arbetsgrupp för medicintekniska produkter - MTP.

Arbetsgruppen leds av enhetschef (legitimerad) med, av verksamhetscheferna tilldelat, beslutsfattande mandat och arbetsgruppen består av legitimerade medarbetare.

Flödesschema för processen vid upphandling/inköp, registrering/dokumentation, utbildningsbehov, kontroll/kalibrering/avveckling är framtagen i syfte att kvalitetssäkra alla delar i hantering av MTP.

I arbetet ingår även att säkerställa att all hälso- och sjukvårdsverksamhet inom Valfärd Gävle använder sig av MTP enligt framtaget flöde.

Målet är att all HSL-verksamhet använder kvalitetssäkrade MTP, av personal med utbildning för ändamålet och situationen.

Som en del i kvalitetssäkringen ska alla MTP vara CE-märkta och vara inregistrerade.

## 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.

### Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.



### Riskhantering

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

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.

### 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, bemanning inför sommar etcetera. Inför upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen har ingen verksamhet med hälso- och sjukvårdsansvar inkommit med uppgifter hur denna hantering genomförts och vad resultatet visat.

## Stärka 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.

### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.



### Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Välfärd Gävle har arbetat för att personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Under året 2021 reviderades rutinerna för avvikelshantering utifrån den utredning som tidigare genomförts. Syftet var att förenkla och förbättra processen. Under 2022 har samtliga chefer erbjudits utbildning i avvikelse och klagomålshantering.

Den reviderade rutinen och de utbildningar som givits har inte givit önskad effekt så under hösten 2022 tillsattes en arbetsgrupp inom ramen för arbetet med den nya hälso och sjukvårdsorganisationen. Arbetsgruppen har bestått av verksamhetsföreträdare, resursperson och medicinskt ansvarig sjuksköterska. En enkät skickades ut till enhetschefer för att få en överblick om hur denna process kan säkras. Resultatet av enkäten visade att kompetensen behöver stärkas och att man behöver praktisk handledning i arbetet. Arbetsgruppen ska nu rapportera vidare en rad åtgärdsförslag för vidare hantering.

Enligt nya rutinen ska cheferna analysera statistik utifrån sina avvikelser, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sedan vidare till Kvalitetsteamet.

### **Analys av avvikelser HSL:**

**BoS LSS** ser fortsatt samma volym av läkemedelsavvikelser under 2022 jmf med 2021 trots införandet av signering i mobilen.

**Socialpsykiatri:** Mindre volymer av läkemedelsavvikelser.

Utifrån resultatet bedöms att arbetet med avvikelshantering fortsatt är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds utifrån vad lagstiftningen kräver och att nödvändiga insatser/utbildningar vidtas.

BoS LSS: En enhetschef arbetar sedan slutet på 2022 halvtid med analys av avvikelser samt till viss del hjälp med utredningar.

Då statistiken i Power BI inte är tillgänglig i sin helhet så innebär det att det inte stödjer arbetet med analys av avvikelser på aggregerad nivå.

Trenden på antal avvikelser är stigande mellan år 2020 och 2022 och andelen ej hanterade avvikelser har ökat från 109 till 133 från 2021. Av avvikelserna totalt så har det registrerats 1031st varav 452 st (44%) inte har sannolikhets och allvarlighetsbedömts och av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare antingen som Lex Maria eller Lex Sarah.

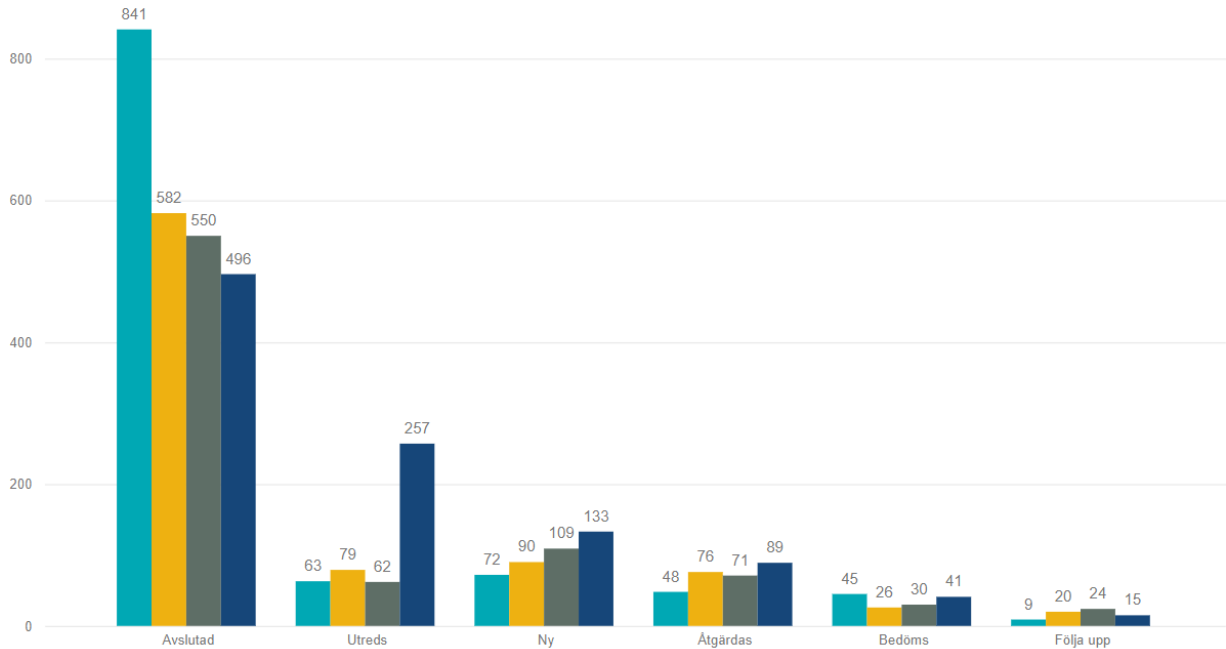
Vanligast förekommande avvikelserna är registrerat som övrigt och läkemedelshantering. I de verksamheten där nämnden har ett hälso- och sjukvårdsansvar är läkemedelshantering den vanligast förekommande, 198 avvikelser och 168 är registrerat som övrigt- Vad som döljer sig under aktiviteten övrigt framkommer inte av analysen från verksamheterna.

<b>Avvikelser (Power Bi)</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Totalt antal avvikelser Välfärd Gävle, AFN</b>	<b>873</b>	<b>846</b>	<b>1031</b>
Boende LSS	617	610	584
Boende SoL	113	117	151

I tabellen ses en nedåtgående trend av hanterade, avslutade avvikelser över tid. Andelen ej hanterade ökar över tid.

Antal avvikelser av Status och År

År ● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022



Status per månad

## Avvikelser - status

1 031

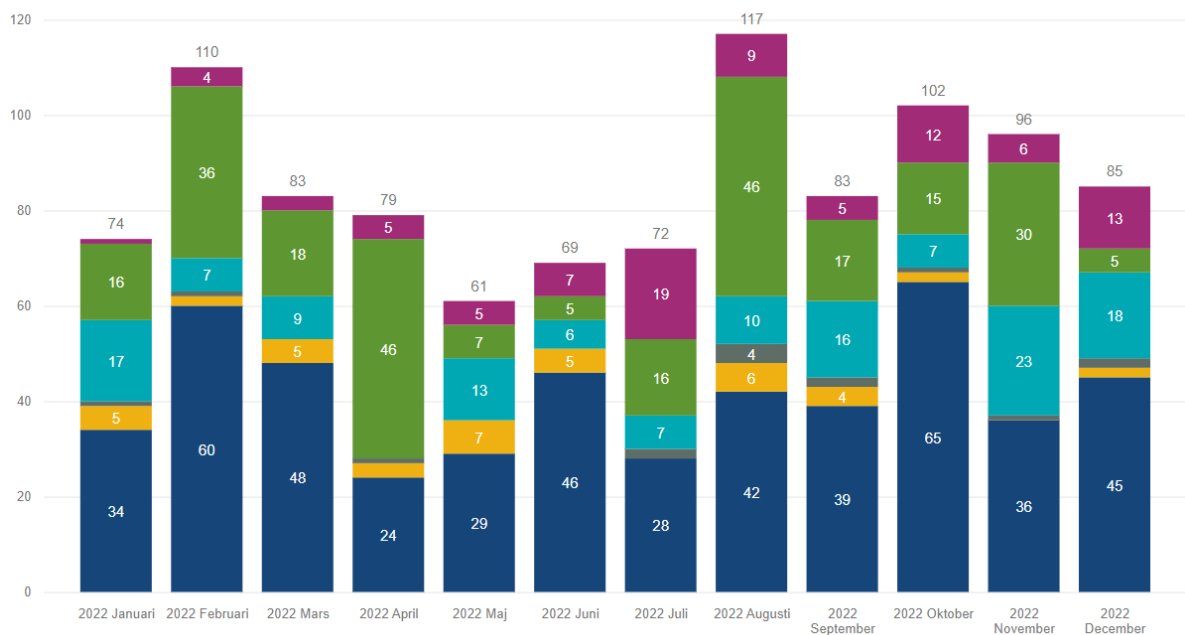
Antal avvikelser

330

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av År, Månad och Status

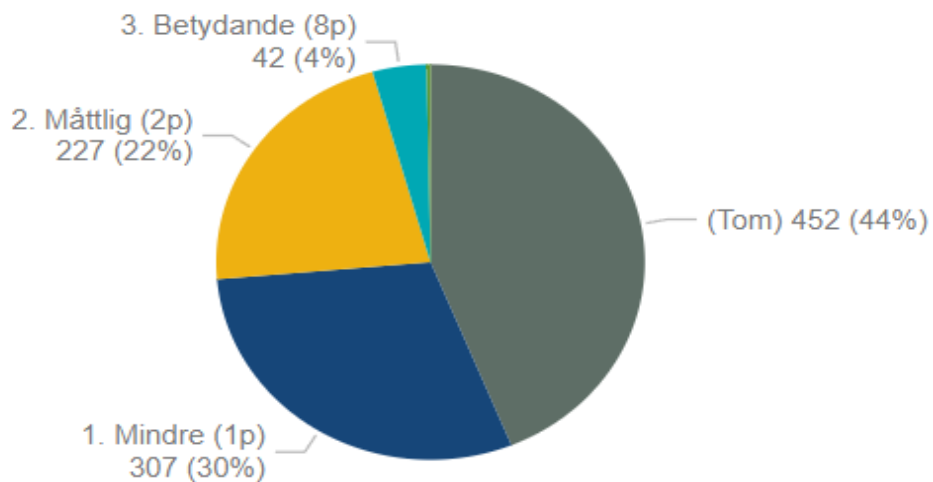
Status ● Avslutad ● Bedöms ● Följa upp ● Ny ● Utreds ● Åtgärdas





### Bedömd allvarlighetsgrad

#### Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad

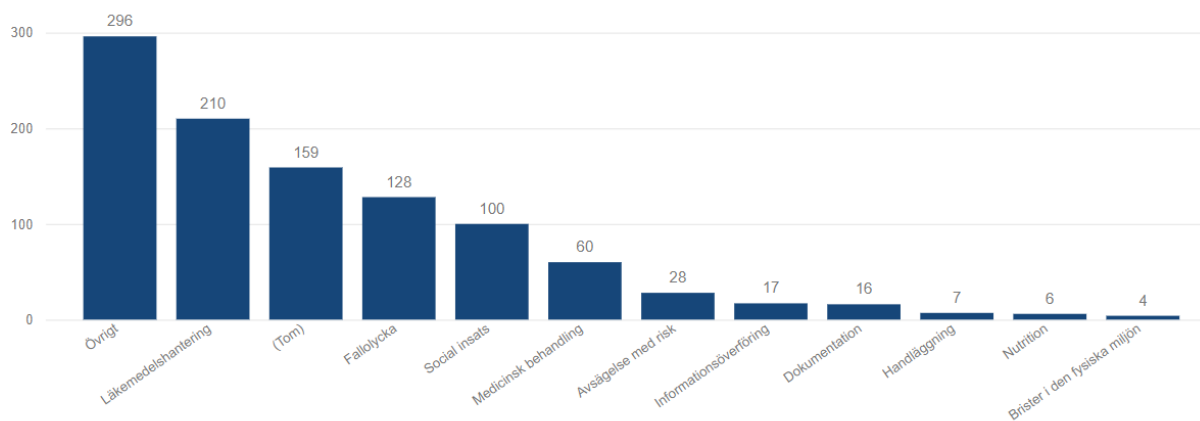


#### Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

### Aktivitet

Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2022



### Fallavvikelser

År	Antal fallolyckor
2022	128
2021	109
2020	83
2019	110

### Klagomål och synpunkter

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

Under året 2021 reviderades rutinerna för avvikelshantering utifrån den utredning som tidigare genomförts. Syftet var att förenkla och förbättra processen. Under 2022 har samtliga chefer erbjudits utbildning i avvikelser och klagomålshantering.

Skriftliga klagomål ska diarieföras, vilket inte längre är ett krav på muntliga klagomål, men de ska givetvis hanteras.

Under 2022 har inga klagomål inkommit på hälso- och sjukvården i egen regin.

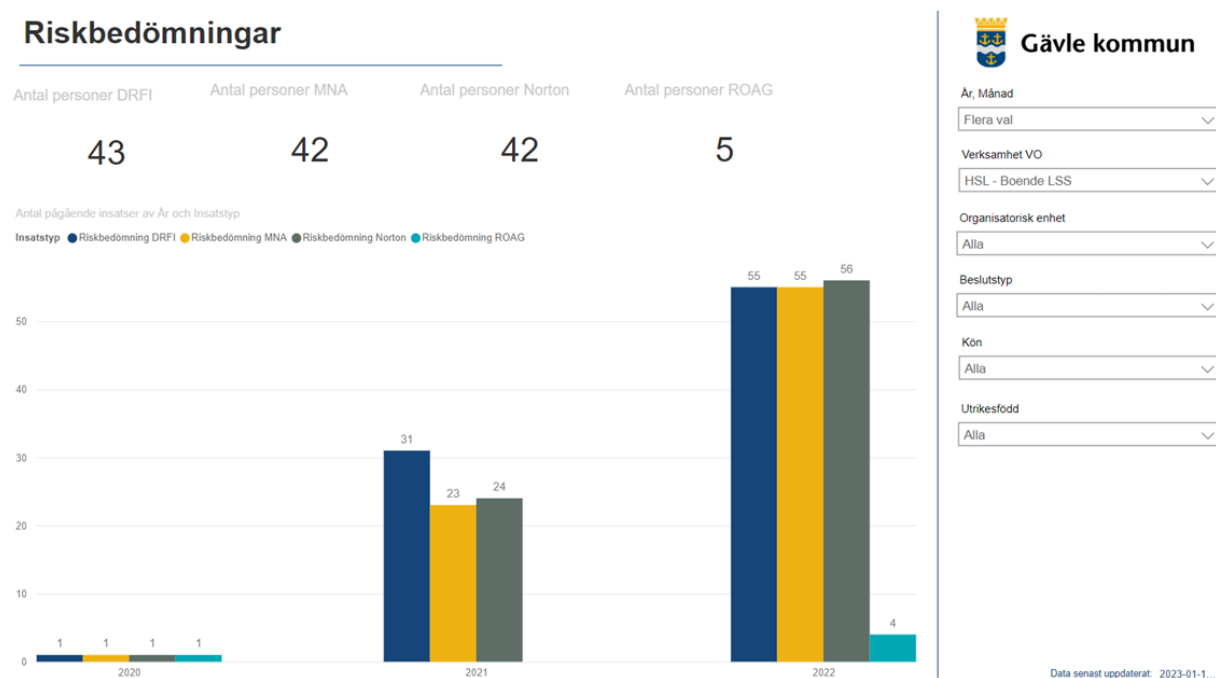
## Individuella riskbedömningar

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

Resultatet för år 2022 visar att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år gällande enheter för boende enligt LSS, 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.

Antal riskbedömningar avseende enheter inom Socialpsykiatri redovisas ej då antalet understiger 10.



## Skyddsåtgärder boende LSS för 2022

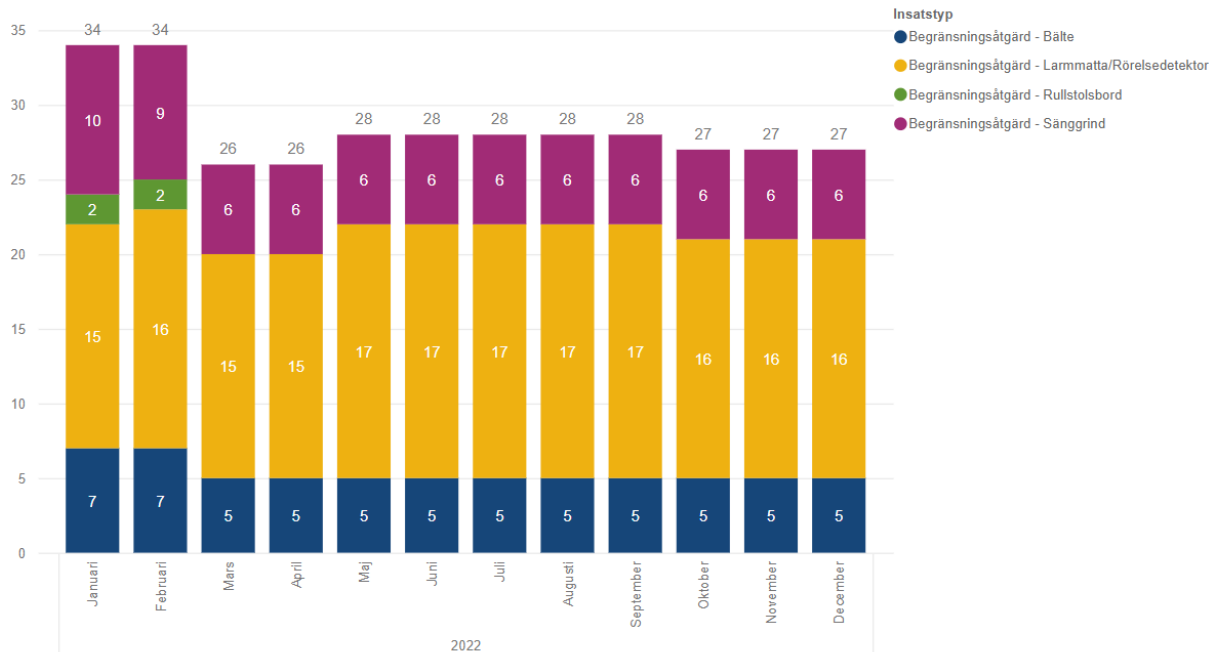
Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

Antal personer med begränsningsåtgärder

## Begränsningsåtgärder

19

Antal pågående insatser av År, Månad och Insatstyp



## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av världen 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.

Under året 2022 har inga särskilda aktiviteter för riskmedvetenhet och beredskap presenteras av verksamheterna. Detta är ett identifierat förbättringsområde som behöver säkerställas för en god och säker vård.



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## 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.

## Strategier:

Arbetet med det nationella analysverktyget för patientsäkerhet behöver slutföras för det sista delmomentet att utse ansvariga och prioritera färdigt mellan de framtagna fokusområdenas aktiviteter för att upprätta en handlingsplan.

Exempel på prioriterade aktiviteter under de olika fokusområdena exemplifieras tidigare i detta dokument under rubrik En god säkerhetskultur.

Ett fokusområde omfattar att besluta om mål och indikatorer för en god och säker vård inom Valfärd Gävle och bör företrädevis överensstämja med nationella indikatorer.

De mål som finns nedskrivna i rutiner för exempelvis individuella riskbedömningar, avvikelshantering samt via de nationella kvalitetsregistren bör göras mer kända samt att fortsätta arbetet för att möjliggöra och underlätta för verksamheter att följa sina egna resultat via Power Bi.

För att skapa en god patientsäkerhetskultur och en ”God och säker vård överallt och alltid” är det av yttersta vikt att verksamheterna arbetar med att identifiera risker, analysera, hantera dessa och fatta beslut utifrån nettorisker. På sektorsövergripande nivå behöver en rutin och stödmaterial upprättas för att tydliggöra arbetet med riskhantering.

