

Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Omvårdnad Gävle 2017

Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
Omvårdnad Gävle 2017

Handläggare Patrik Bergman
Dnr 18ON89

Citera gärna ur skriften men ange källa

© Författaren och Gävle kommun 2018-03-19
Grafisk form Pangea design

www.gavle.se

INNEHÅLL

Sammanfattning	3
Inledning	4
Disposition	6
Övergripande mål och strategier	7
Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	9
Systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete	11
<i>Risikanalys och egenkontroll</i>	11
Riskanalys	11
Egenkontroll	11
<i>Avvikelsehanteringssystem (oönskade händelser)</i>	12
<i>Utveckling och förbättring</i>	12
Projekt	14
Uppdrag	14
Program	14
Portfölj	15
Ledning och styrning av portföljen	16
Samverkan för att förebygga vårdskador	18
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – aktiviteter och åtgärder 2017	19
<i>Ledningssystem</i>	19
<i>Projekt och uppdrag</i>	19
<i>Läkemedel</i>	19
<i>Hygien</i>	20
<i>Samverkan</i>	20
Samverkan med Region Gävleborg	20
Hemvård	20
<i>Nutrition</i>	21
<i>Utbildningsinsatser</i>	21
<i>Uppföljning och utvärdering av verksamhet</i>	21
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – resultat och analys 2017	23
<i>Självbestämmande, integritet och delaktighet</i>	23
Genomförandeplan och kontaktmannaskap	23
Valmöjlighet	25
<i>Insatsernas innehåll och utförande</i>	26
Bemötande	26
Trygghet och kontinuitet	27
Information	36
Meningsfull tillvaro/sysselsättning	37
<i>Läkemedelsanvändning</i>	39
<i>Kunskapsbaserade arbetssätt och metoder</i>	39
"Pinnt Statistik"	40

Följsamhet mot rutiner	40
Svenska palliativregistret	41
BPSD-registret	42
Senior alert	43
Nattfasta och nutritionsuppföljning	45
<i>Oönskade händelser</i>	46
Avvikelse	47
Synpunkter och klagomål	50
Lex Maria	50
Lex Sarah	51
<i>Avslutande kommentar</i>	52
Referenser	54

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) ska vårdgivare som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) årligen upprätta en så kallad patientsäkerhetsberättelse. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att även en sammanhållen kvalitetsberättelse bör upprättas utöver patientsäkerhetsberättelsen. Då patientsäkerheten är en central aspekt av kvaliteten på de tjänster som den kommunala vården och omsorgen tillhandahåller har Omvårdnad Gävle beslutat att upprätta kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna i ett och samma dokument.

Omvårdnad Gävle är en uppdragsorienterad organisation med formulerade samhällsuppdrag och kunduppdrag. I dessa uppdragsformuleringar beskrivs vilka krav som ställs på de tjänster som Omvårdnad Gävle tillhandahåller. Uppföljning av i vilken utsträckning kraven uppfylls sker löpande.

En förutsättning för att kunna leverera god kvalitet och hög patientsäkerhet är ett systematiskt förbättringsarbete. Detta arbete är uppbyggt kring riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller. Under 2017 har Omvårdnad Gävle för första gången genomfört en omfattande förvaltningsövergripande egenkontroll, i form av kontroll av följsamheten mot ledningssystemets riktlinjer och rutiner.

Sammanfattningsvis ger de analyser som redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen bilden av verksamheter med en relativt god kvalitet och en relativt hög patientsäkerhet.

Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att Omvårdnad Gävle har skickat totalt två Lex Sarah-anmälningar och tre Lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2017. IVO har avslutat båda Lex Sarah-anmälningarna med motivering att Omvårdnad Gävle vidtagit tillräckliga åtgärder. När det gäller Lex Maria-anmälningarna har IVO avslutat två med motivering att Omvårdnad Gävle vidtagit tillräckliga åtgärder. I ett fall har IVO inte lämnat något beslut.

Det finns också sedan tidigare kända utvecklingsområden, till exempel frågor som rör inflytande samt information om tillfälliga förändringar, inom såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende. Inom vård- och omsorgsboende framkommer även sociala aktiviteter och möjlighet till utevistelse som förbättringsområden. Inom den palliativa vården på vård- och omsorgsboende är smärtskattning med validerade instrument ett utvecklingsområde. Generellt är hanteringen och analysen av klagomål och avvikelser fortsatt ett betydande utvecklingsområde som Omvårdnad Gävle kommer att arbeta med under 2018. Det finns också en förbättringspotential när det gäller personkontinuitet inom hemtjänsten i Gävle.

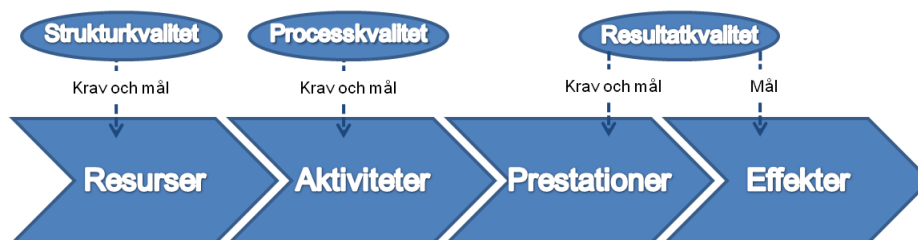
Inledning

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) i kraft. I föreskrifterna framgår hur en så kallad patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § i Patientsäkerhetslagen (PSL) ska vara utformad. Vidare lämnas ett allmänt råd om att vårdgivare som omfattas av SOSFS 2011:9 utöver patientsäkerhetsberättelsen även bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

I SOSFS 2011:9 definieras kvalitetsbegreppet som ”i vilken grad uppsatta krav och mål uppfylls”. Denna kvalitetsdefinition utgör utgångspunkten för Omvårdnad Gävles syn på kvalitetsbegreppet. Omvårdnad Gävle har valt att ta fasta på hur kvalitet kan ses i relation till de olika delarna i den så kallade effektkedjan (se figur 1). Effektkedjan består av fyra steg; resurser, aktiviteter, prestationer och effekter (Statskontoret 2011).

Omvårdnad Gävle sätter de olika delarna i effektkedjan i relation till tre huvudsakliga kvalitetsdimensioner; strukturkvalitet, processkvalitet och resultatkvalitet:

- Strukturkvalitet – i vilken grad egenskaperna hos verksamhetens resurser uppfyller uppställda krav och mål
- Processkvalitet – i vilken grad egenskaperna hos verksamhetens aktiviteter uppfyller uppställda krav och mål
- Resultatkvalitet – i vilken grad egenskaperna hos verksamhetens prestationer uppfyller uppställda krav och mål samt i vilken mån effektmålen nås. Skillnaden mellan kvalitet i relation till prestationer respektive effekter är viktig då det handlar om två olika slags resultat-kvalitet.



Figur 1. Effektkedjan.

Eftersom patientsäkerhet är ett av de viktigare kraven och målsättningarna inom den kommunala vården och omsorgen är en god patientsäkerhet en förutsättning för en god kvalitet. En god kvalitet förutsätter dock att även andra krav och mål uppfylls vid sidan av patientsäkerheten. I linje med detta konstaterar Socialstyrelsen, i en kommentar till SOSFS 2011:9, att skillnaden mellan kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna ligger i omfattningen. En

kvalitetsberättelse ska beskriva kvaliteten i vården och omsorgen ur flera olika aspekter, varav patientsäkerhet är en. Socialstyrelsen konstaterar att en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan upprättas i ett och samma dokument, förutsatt att de i PSL och SOSFS 2011:9 föreskrivna uppgifterna går att utläsa (Socialstyrelsen 2012a, s 37).

Då patientsäkerheten är en central aspekt av kvaliteten på de tjänster som den kommunala vården och omsorgen tillhandahåller har Omvårdnad Gävle beslutat att upprätta kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna i ett och samma dokument. Det finns vissa krav och råd rörande innehållet i en sådan kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Det ska/bör framgå

- hur patientsäkerheten och kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur ansvaret rörande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor har varit organisatoriskt fördelat (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur patientsäkerhetsarbetet och arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår (PSL 3 kap. 10§, SOSFS 2011:9 7 kap 1 §)
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och för att säkra verksamhetens kvalitet (PSL 3 kap. 10§, SOSFS 2011:9 7 kap 1 §)
- hur samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur risker har hanterats (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur rapporter från personalen rörande patientsäkerhet och kvalitet har hanterats (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten och kvaliteten har hanterats (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga (SOSFS 2011:9 7 kap 2 §; Socialstyrelsen 2012a, s 37)
- vilka resultat som har uppnåtts (PSL 3 kap. 10§, SOSFS 2011:9 7 kap 1 §).

Disposition

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är disponerad på följande sätt. Först beskrivs de övergripande målen och strategierna för Omvårdnad Gävles verksamhet. Därefter redovisas hur det organisatoriska ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är fördelat. Efter detta beskrivs hur det systematiska förbättrings- och utvecklingsarbetet är uppbyggt inom förvaltningen. I denna beskrivning ingår redogörelser för hur arbetet med riskanalyser ska ske, hur avvikelser och klagomål ska hanteras, hur förvaltningen ska arbeta med Lex Sarah och Lex Maria samt hur strukturen för egenkontroll och uppföljning ska se ut. Vidare beskrivs Omvårdnad Gävles modell för projekt och uppdrag samt den därtill kopplade portföljstyrningen.

Vidare beskrivs hur förbättrings- och utvecklingsarbete bedrivs inom Omvårdnad Gävle och hur samverkan sker i syfte att förebygga vårdskador. Efter dessa beskrivningar av de strukturer som ligger till grund för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom Omvårdnad Gävle följer en redovisning av vilka aktiviteter, åtgärder och uppföljningar som genomförts under 2017. Avslutningsvis redovisas ett urval av de resultat som uppnåtts under 2017 samt därtill kopplade analyser.

Övergripande mål och strategier

Omvårdnad Gävle är en uppdragsorienterad organisation med formulerade samhällsuppdrag och kunduppdrag. I dessa uppdragsformuleringar beskrivs vilka krav som ställs på de tjänster som Omvårdnad Gävle tillhandahåller. Kraven härrör från såväl lagar och föreskrifter som från omvårdnadsnämndens prioriteringar. Kunduppdragen är i princip grundade på beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) och/eller beslut om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa beslut fattas av biståndshandläggare vid myndighetsenheten. Utöver insatser med beslut enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvarar Omvårdnad Gävle även för förebyggande verksamhet inklusive anhörigstöd och, sedan 2014, för hemsjukvårdsinsatser. Samhällsuppdraget preciseras i nämndens och förvaltningens verksamhetsplanering. Verksamhetsplaneringen består av olika delar som är nära relaterade till varandra:

- Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan (fyraårig).
- Internbudget med styrkort på både nämnds- och verksamhetsnivå. Styrkortet består av mätbara mål för aktuellt år.
- Långsiktig strategisk planering i form av olika sektorsplaner till exempel för boende för äldre och personer med funktionsnedsättning.

I omvårdnadsnämndens verksamhetsplan återfinns övergripande målformuleringar för Omvårdnad Gävle. Dessa målformuleringar är kopplade till de fyra perspektiven i omvårdnadsnämndens balanserade styrkort. För 2017 var målen följande:

Medborgare och kunder

- Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med avseende på delaktighet och engagemang
- Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med avseende på trygghet och tillgänglighet

Medarbetare

- Omvårdnad Gävle är en attraktiv arbetsgivare med motiverade och framgångsrika medarbetare
- Omvårdnad Gävles chefer har ett inspirerande och utvecklande ledarskap

Hållbar tillväxt

- Omvårdnad Gävle bidrar till en bättre miljö genom minskade utsläpp i mark, luft och vatten
- Omvårdnad Gävle har ett högt kvalitetsmedvetande

Ekonomi

- Omvårdnad Gävle har en hållbar ekonomi

Omvårdnadsnämnden har med utgångspunkt i kommunens övergripande Vision 2025 fattat beslut om en vision; *”trygghet, livsglädje och meningsfulla dagar genom hela livet”*. Omvårdnadsnämndens vision ska, tillsammans med strategier framtagna av Omvårdnad Gävle och den balanserade styrningen, vara ett stöd för förvaltningen att möta framtida utmaningar och säkra utvecklingen av god kvalitet för Omvårdnad Gävles kunder. Strategierna är:

- Omvårdnad Gävle ska ta tillvara innovationskraft och engagemang.
- Omvårdnad Gävle ska på alla nivåer i alla verksamheter, tillsammans med kunden¹, utforma de individuella tjänsterna.
- Omvårdnad Gävle ska kommunicera rätt information, på rätt sätt och via rätt kanal.
- Omvårdnad Gävle ska förstärka och utveckla förebyggande insatser.
- Omvårdnad Gävle ska ge stöd i vardagen genom tekniska lösningar.
- Omvårdnad Gävle ska aktivt delta i samhällsutveckling.
- Omvårdnad Gävle ska vara en attraktiv arbetsgivare.

¹ Kunder, anhöriga, medarbetare och övriga aktörer.

Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

I det här stycket beskrivs roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom Omvårdnad Gävle.

Omvårdnadsnämnden svarar för

1. kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner dels för äldre, dels för människor med funktionsnedsättning i alla åldrar samt anknytande planering och uppsökande verksamhet
2. stöd till anhöriga till långvarigt sjuka eller äldre eller personer med funktionsnedsättning
3. beslut, samordning och verkställighet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, dock inte verkställighet av insatserna
 - a. korttidsvistelse i form av korttidshem för barn och unga 0-19 år
 - b. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
 - c. daglig verksamhet, förutom i de fall den dagliga verksamheten är integrerad med bostad med särskild service då nämnden även svarar för verkställighet av daglig verksamhet
4. ledning av och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Nämnden har ett övergripande ansvar för att det finns ett kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Nämnden fastställer övergripande mål för verksamheten och följer upp målen inom ramen för balanserad styrning. Som ett led i detta rapporteras kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen årligen till nämnden.

Förvaltningschefen eller funktionsansvariga inom

förvaltningsledningen fastställer riktlinjer och rutiner kopplade till de mål och krav som lagstiftningen och omvårdnadsnämnden ställt upp.

Förvaltningsledningen ska ha en god insyn och informeras i det

kvalitetsarbete som bedrivs. Kvalitetsledningssystemet förvaltas av

kvalitetscontrollern som ansvarar för att utveckla det på central nivå och

rapportera dess prestanda till förvaltningsledningen för granskning och som

underlag för förbättringar. Förvaltningsledningen värderar om ledningssystemet

är tillräckligt och effektivt.

Planering och utveckling har rollen som beställare och kravställare

gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare. Planering och

utveckling ansvarar vidare för att ta fram underlag för mål och resursfördelning

inom ramen för omvårdnadsnämndens samhällsuppdrag. Dessutom medverkar

enheten vid upphandlingar och genomför kvalitetsuppföljningar.

Inom ramen för omvårdnadsnämndens kunduppdrag utreder och beslutar **myndighetsenheten** om insatser till enskilda samt har tillsynsansvar för den kommunala hälso- och sjukvården. Kunduppdragen följs upp löpande, exempelvis finns ett löpande uppföljningsansvar för fattade biståndsbeslut.

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 12 kap § 1 och 2 i hälso- och sjukvårdslagen. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs i verksamheterna. Uppföljningen ska ske löpande. MAS fastställer även rutiner inom sitt lagstadgade område.

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahållna tjänster uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt § 18 och 18a i hälso- och sjukvårdslagen.

Första linjens chef ansvarar för att de tillhandahållna tjänsterna uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnd samt lagstiftning och föreskrifter. Verksamheterna genomför löpande egenkontroller för att säkerställa att beställningar utförs och att genomförandeplaner är uppdaterade.

Systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete

Det ovan beskrivna arbetet med övergripande mål och strategier utgör utgångspunkten för Omvårdnad Gävles systematiska förbättrings- och utvecklingsarbeten. I enlighet med bestämmelserna i SOSFS 2011:9 är riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller, i sammanhanget, viktiga underlag. Detta betyder dock inte att förbättrings- och utvecklingsarbeten enbart initieras utifrån riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller. Tvärtom så bedrivs många av dem utifrån exempelvis idéer och identifierade behov i verksamheterna samt utifrån nämndens framgångsfaktorer.

Nedan beskrivs kortfattat hur Omvårdnad Gävle arbetar med riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller. Vidare beskrivs hur själva förbättrings- och utvecklingsarbetet bedrivs.

Riskanalys och egenkontroll

Riskanalys

I patientsäkerhetslagen poängteras vikten av preventionsarbete. Riskanalyser ska därför utföras i förebyggande syfte för att identifiera svagheter och brister som skulle kunna bidra till att uppställda krav och målsättningar inte uppfylls.

Riskbedömningar på individnivå genomförs efter fastställda tidsintervall inom ramen för kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD.

Sjuksköterska/distriktssköterska inom verksamheterna ansvarar för genomförandet. Riskbedömningar på individnivå görs även på förekommen anledning, exempelvis då personal uppmärksammar förändringar i kunds beteende, sinnesstämning eller då kund uttryckt konkreta självmordstankar.

Riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar genomförs i enlighet med förvaltningens rutin för riskbedömning och konsekvensanalys vid förändrad verksamhet. Ansvaret för att initiera och genomföra dessa riskanalyser ligger på berörd verksamhetschef.

Under 2017 har riskanalyser av befintliga processer genomförts dels som en del i arbetet med upprättande av omvårdnadsnämndens internkontrollplan, dels på enhets/verksamhetsnivå där enhets- och verksamhetschefer fick identifiera och värdera sina tre största risker, samt ta fram åtgärdsplaner kopplade till dem.

Egenkontroll

Uppföljning och utvärdering inom Omvårdnad Gävle innebär, enligt förvaltningens principer för ledning och styrning, att verksamheten som helhet regelbundet följs upp och utvärderas och att resultat och måluppfyllelse beträffande kunder, personal, miljö och ekonomi redovisas. Egenkontroll inom Omvårdnad Gävle handlar om att internt granska i vilken utsträckning verksamheten uppfyller uppställda krav och mål rörande kund. Övriga

uppföljningsområden beskrivs i andra sammanhang. Egenkontroll ska genomföras inom Omvårdnad Gävles verksamheter med sådan frekvens och sådan omfattning att verksamhetens kvalitet kan säkras.

Under 2017 har egenkontroll avseende processkvalitet genomförts, i form av kontroll att ledningssystemets riktlinjer och rutiner efterlevdes. Konkret har detta genomförts på enhets- och verksamhetsnivå där enhets- och verksamhetschefer fick svara på frågor om följsamheten mot rutiner och riktlinjer, samt att ta fram åtgärdsplaner i de fall det förelåg bristande följsamhet.

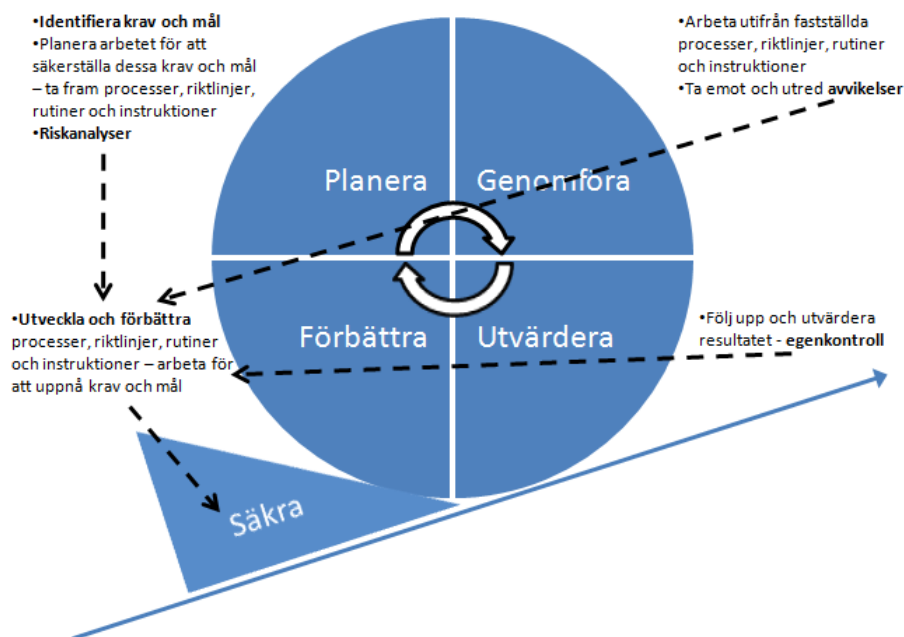
Avvikelsehanteringssystem (oönskade händelser)

Inom Omvårdnad Gävle finns rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, att en kund upplevt obehag eller skada, samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till detta. Systemet är uppbyggt för att hantera medicinska avvikelser och sociala avvikelser som rapporterats av personal samt synpunkter och klagomål som framförts av kunder, närstående, medborgare eller andra externa parter. Parallellt finns strukturer för att hantera missförhållanden och risker för missförhållanden inom verksamheten (Lex Sarah) samt inträffade allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador (Lex Maria).

Under 2017 genomförde Omvårdnad Gävle flera processkartläggningar med syfte att förbättra hela avvikelsehanteringssystemet. Detta arbete kommer att fortgå under 2018.

Utveckling och förbättring

Figur 2 visar i vilken tidsordning ett systematiskt förbättringsarbete normalt sett genomförs i fyra olika faser; planering, genomförande, utvärdering och förbättring. Det är dock värt att notera att underlagen till det arbete som sker i förbättringsfasen kan komma fram direkt under samtliga övriga tre faser. Exempelvis kan riskanalyser i planeringsfasen direkt ge underlag för ett förbättringsarbete utan att processen behöver passera genomförande- och utvärderingsfaserna. Detta illustreras i figuren med de långa streckade pilarna.



Figur 2. Ledningssystemet som ett förbättringshjul.

Det är också viktigt att påpeka att förbättrings- och utvecklingsarbeten kan initieras även från andra håll än enbart baserat på riskanalyser, avvikelshantering och egenkontroll, exempelvis idéer och identifierade behov i verksamheterna samt framgångsfaktorer.

Utifrån förbättrings- och utvecklingsarbetets uppskattade grad av förändring, omfattning, osäkerhet, samordningsbehov och behov av styrning avgörs vilken arbetsform som tillämpas – projekt, uppdrag eller som ett förändringsarbete i linje. Utvecklingsarbeten som bedrivs som projekt och uppdrag kräver att det finns en

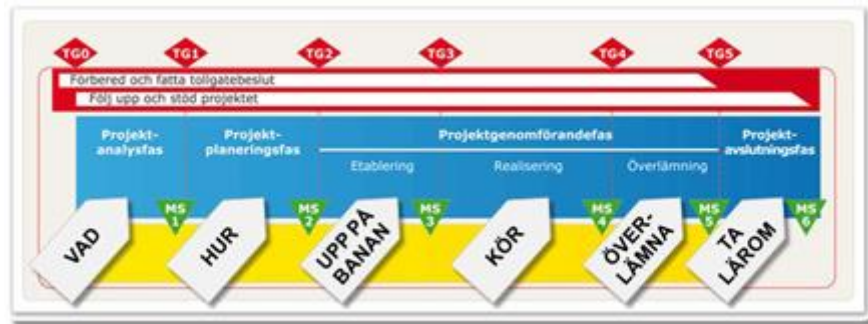
- ägare (sponsor)
- beställning
- plan
- rapport
- mottagare

En gemensam projektmetodik används som stöd kopplat till uppdrag och projekt för att

- skapa en tydlighet i organisationen för hantering av utvecklingsinsatser kopplade till projekt och uppdrag
- få stöd i att driva projekt och uppdrag och stöd i att prioritera utvecklingsinsatser så att resurser används rätt
- de projekt och uppdrag som genomförs ska bli framgångsrika

Projekt

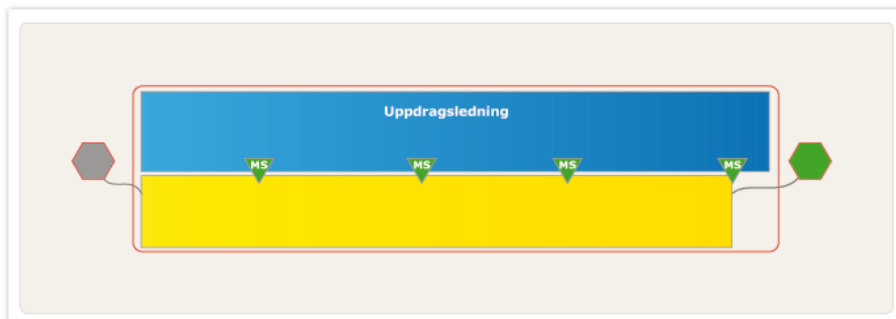
Ett projekt är ett icke återkommande, tidsbegränsat och budgeterat åtagande för vilket ett mål har formulerats. Ett projekt planeras, styrs och genomförs av en tillfällig organisation som är skräddarsydd för projektets speciella behov. Syftet med att arbeta i projektform är att på ett flexibelt och effektivt sätt åstadkomma en synlig och mätbar utveckling inom en organisation.



Figur 3. Livscykelmodell för projekt

Uppdrag

Ett uppdrag liknar ett projekt men har mindre komplexitet, omfattning och behov av samordning av resurser. Ett arbete av tillfällig och unik karaktär, som inte är så stort och omfattande, kan med fördel drivas som uppdrag.



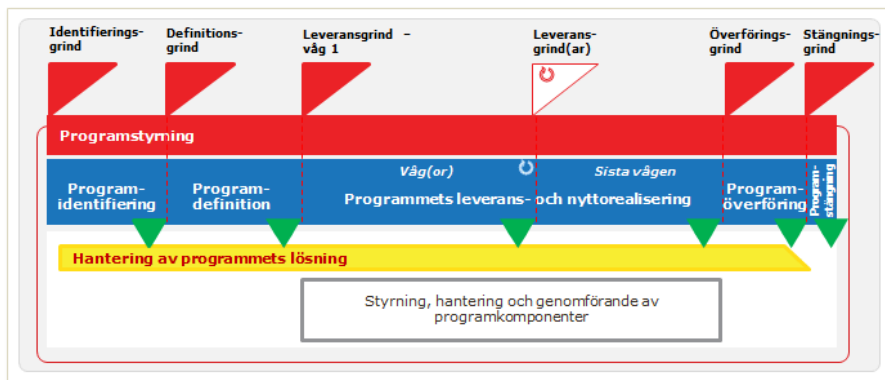
Figur 4. Livscykelmodell för uppdrag

Program

Ett program är en grupp relaterade uppdrag och/eller projekt som var för sig bidrar till ett gemensamt mål (effektmål). De aktuella uppdragen och projekten hanteras samordnat för att uppnå fördelar som inte skulle uppnås om de hanterades individuellt. Fördelarna kan vara förbättrad samordning och att resurser nyttjas mer effektivt.

Portfölj

Omvårdnad Gävle är en stor förvaltning där det årligen genomförs många utvecklings- och förändringsarbeten. För att balansera och styra vad som ska och kan genomföras arbetar Omvårdnad Gävle med portfölj, vilket handlar om att identifiera och prioritera samt att leda och styra för att uppnå strategiska mål.



Figur 5. Livscykelmodell för program

Portföljstyrning kan ses som en brygga (se figur 6 nedan) mellan linjärbetet och tillfälliga utvecklings- och förändringsarbete (som projekt, uppdrag och program), så att allt arbete (i linjen och tillfälligt arbete) styrs utifrån mål, strategier och tillgängliga resurser.

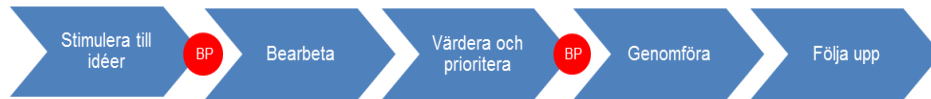
Ansvarig för portföljen (portföljägare) är förvaltningschef och den leds av en portföljledare, utvecklingschef.



Figur 6. Portföljstyrning

Ledning och styrning av portföljen

För att leda och styra portföljen finns en framtagen process, portföljprocessen (se figur 7 nedan), som beskriver hur arbetet i portföljen ska ske och vad som ska göras och i vilken ordning.



Figur 7. Portföljprocessen.

1. **Stimulera till idéer:**
Idéer stimuleras och identifieras från verksamheterna, kunder, anhöriga och andra aktörer.
2. **Beslutspunkt (BP):**
Portföljledaren bevakar idéer och initierar behov av beslut. Beslut fattas av ansvarig chef alternativt portföljägare om det är en idé som ska bearbetas (analyseras), läggas vilande, skickas vidare eller ges avslag.
3. **Bearbeta:**
I fasen tas ett beslutsunderlag fram av idégivaren och eventuell ägare med stöd av verksamhetsutvecklare, innehållande:
 - Analys av idén (behovsanalys, risker, effekter, leverans, aktiviteter och resurser)
 - Plan för uppföljning av effektmål
 - Förslag på driftsform – hur arbetet ska drivas, om arbetet ska ske som projekt, uppdrag, program eller i linjeverksamhet
 - Förslag på styrning av arbetet – ägare
4. **Värdera och prioritera:**
Det framtagna beslutsunderlaget prioriteras i en prioriteringsmatris utifrån:
 - Strategier (effektmålen värderas mot Omvårdnad Gävles strategier)
 - Resurser, som tid, personal och ekonomi (önskade resurser värderas mot tillgängliga resurser)
5. **Beslutspunkt (BP):**
Portföljledaren initierar att beslut fattas av portföljägaren om det är ett utvecklings- eller förändringsarbete som ska avslås, vara vilande eller genomföras samt vilken driftsform (projekt, uppdrag eller program) och ägare.
6. **Genomföra:**
Genomförandet drivs i form av projekt, uppdrag eller program.
7. **Följa upp:**
Ansvaret för uppföljning ligger hos respektive ägare och mottagare.

Inom Omvårdnad Gävle finns en utvecklingsavdelning som ansvarar för att tillsammans med verksamhetens företrädare och i nära samverkan med kunder, anhöriga och medborgare utveckla verksamheten inom förvaltningen. Utvecklingsavdelningen erbjuder stöd till verksamheterna vid utvecklingsarbeten och de är metodstöd i projektmetodiken.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För ökad samverkan mellan specialistvård, primärvård och kommunerna finns en välfärdsgrupp och kopplat till denna finns vårdkedjegrupper för respektive område (äldre, vuxna och barn). Utöver välfärdsgruppen har en tjänstemannastyrgrupp bildats för att få en ökad samverkan i verksamhetsnära frågor.

En utsedd läns gemensam arbetsgrupp har under året arbetat med gränsdragningsfrågor gällande primärvård och specialistvård.

För läkarmedverkan i vård- och omsorgsboende, särskilt boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och servicebostäder) samt hemsjukvården finns avtal upprättade. Avtalen fastställer att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras och att samverkan ska ske kring genomförandet av dessa.

Omvårdnad Gävle 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 kommun och i regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien Gävleborg står även för hygienutbildningar till kommunens omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Utöver den ovan beskrivna löpande samverkan sker samverkan även kopplat till enskilda projekt och aktiviteter. Hur denna typ av samverkan skett under 2017 beskrivs under stycket ”kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2017 – aktiviteter och åtgärder”.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – aktiviteter och åtgärder 2017

Nedan beskrivs några av de aktiviteter som genomförts under 2017 i syfte att nå uppställda krav och mål.

Ledningssystem

Under senare delen av 2015 och större delen av 2016 drev Omvårdnad Gävle ett projekt med syftet ”att skapa struktur kring och förenkla användandet av Omvårdnad Gävles ledningssystem”. Projektet omfattade såväl en total översyn av Omvårdnad Gävles rutiner och riktlinjer som införande av ett nytt IT-stöd till ledningssystemets dokumenthantering.

Kopplat till syftet fanns fem effektmål:

1. Ledningssystemet används av samtliga Omvårdnad Gävles verksamheter, inklusive externa utförare
2. Ett ledningssystem som av medarbetare upplevs användarvänligt, d.v.s. är lätt att använda, har god tillgänglighet, är tydligt och att dokumenten är enkla att uppdatera
3. Alla dokument i ledningssystemet är uppdaterade och aktuella
4. Alla dokument har en ansvarig
5. Tjänsterna håller en hög kvalitet

Under 2017 har en första uppföljning av effektmålen ovan genomförts. Uppföljningen visade att effektmålen med det nya ledningssystemet uppfylldes i ganska hög grad. Det gick dock att urskilja tre huvudsakliga förbättringsområden; (1) ändamålsenligheten när det gäller framtagna lathundars och instruktionsfilmers innehåll och form, (2) navigeringen i ledningssystemet samt (3) ledningssystemets omfattning och innehåll. De identifierade förbättringsområdena har lett till att vissa förändringar genomförts i ledningssystemet.

Omvårdnad Gävle kommer under hösten 2018 att genomföra ytterligare en uppföljning för att säkerställa att ledningssystemet fungerar på avsett sätt.

Projekt och uppdrag

Under 2017 har 13 projekt och 13 uppdrag i olika omfattning bedrivits. Av dessa kan bland annat nämnas "Hemvård", "Förändringsprojektet treserva", "Individens behov i centrum" och "Övergång till digital trygghetstelefon". Tre projekt och ett uppdrag har avslutats under året.

Läkemedel

I syfte att minska antalet olämpliga läkemedel inom vård- och omsorgsboende samt hemsjukvård har medicinskt ansvarig sjuksköterska genomfört tillsyn i form av enkätfrågor utifrån Socialstyrelsens indikatorer för olämplig läkemedelsbehandling för äldre. Vidare har externa kvalitetsgranskningar genomförts av apotekare på två vård- och omsorgsboenden under året. Dessa

externa granskningar syftade till att säkerhetsställa läkemedelshanteringen i verksamheterna.

Hygien

I samverkan med Vårdhygien Gävleborg genomfördes under 2017 hygienronder på nio vård- och omsorgsboenden, inom fyra hemsjukvårdsområden samt på två särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning.

Samverkan

Samverkan med Region Gävleborg

I samverkan med Region Gävleborg och kommunerna i Gävleborg har en utsedd arbetsgrupp genomfört ett arbete med att ta fram en länsövergripande överenskommelse gällande svårt sjuka personer som kan vårdas i hemmet. Detta arbete beräknas vara klart till den 1 april 2018. 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 ska, med hänvisning till rådande lagstiftning samt gällande hemsjukvårdsavtal, definiera ansvarsområden gällande medicinskt ansvar, kostnadsansvar samt arbetsgivaransvar.

Hemvård

Under våren 2016 genomfördes en revision av hemsjukvården med syfte att granska hur hemsjukvården genomförde sitt uppdrag samt identifiera utvecklingsområden. Revisionen föregicks av en riskanalys där brister i samarbete och samordning fick ett högt riskvärde vilket också konstaterades i revisionen. Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en tillsyn konstaterat brister i samverkan. I revisionen konstaterades det också att hemsjukvården inte var organiserade utifrån kundens/patientens valfrihet för såväl primärvård som hemtjänst, utan främst utifrån ett förvaltningsperspektiv, det vill säga egenregi hemtjänst tillsammans med egenregi hemsjukvård.

För att komma tillrätta med ovanstående kommer resurser som idag finns inom hemsjukvården och hemtjänsten samordnas och organiseras med ett målinriktat och systematiskt arbetssätt under samlingsbegreppet hemvård. I hemvården arbetar omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och chefer. Dessa yrkeskategorier bildar tillsammans hemtjänstområdets hemteam oavsett utförare.

Hemsjukvårdens organisation har för att möjliggöra ovanstående utveckling under 2017 justerats för att få färre samverkanspartners. Detta bidrar till att skapa förutsättningar för ett personcentrerat teamarbete och ger likartade förutsättningar oavsett utförare. Inom varje organisatoriskt område genomförs ett arbete för att utforma hur teamsamverkan ska utformas. Metod, verktyg och aktivitet utformas med stor delaktighet från samtliga parter där ramarna är tydligt definierade men själva genomförandet utformas utifrån verksamhetens

behov. De olika områdena hade vid 2017 års utgång kommit olika långt i processen.

Nutrition

Utveckling och uppföljning av mat, måltider och nutritionsarbete sker kontinuerligt på Gävles vård- och omsorgsboenden. Under 2017 har kostmöten genomförts med kostombud och enhetschefer. Vidare har måltidsobservationer genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden vid minst två tillfällen per boende. Natfastemätningar har genomförts enligt rutin vid två tillfällen. Matråd tillsammans med kunder, matleverantör, nutritionsansvarig dietist och/eller avtalscontroller för kost har hållits på fem av 11 boenden och dessa matråd fortlöper under 2018.

Utbildningsinsatser

Omvårdnad Gävle har fortlöpande hygienutbildningar riktade till omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor. Under 2017 har intresset för utbildningen fortsatt varit stort. En trolig orsak till det ökande intresset är Socialstyrelsens nya föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10). Under 2017 infördes ett nytt upplägg gällande hygienutbildningarna som innebär att utbildningarna från att tidigare varit "salsföreläsningar" nu ske på plats ute i verksamheten för att få verksamhetsnära diskussioner samt möjliggöra för att samtlig personal som vistas i lokalerna har möjlighet att delta.

Hösten 2017 genomfördes utbildning inom medicinsk dokumentation till samtliga sjuksköterskor inom Omvårdnad Gävles, både interna och externa utförare. Detta för att säkerställa att dokumentation sker på rätt sett samt håller en hög kvalitet.

Uppföljning och utvärdering av verksamhet

Uppföljningar, utvärderingar och granskningar av verksamheten sker bland annat genom avtalsuppföljning av externa utförare, kvalitetsrevisioner, egenkontroll av hälso- och sjukvården, tillsyn samt individuppföljningar.

Fokus i en avtalsuppföljning är främst strukturer och processer. Vid en kvalitetsrevision har granskningen vidgats till att, utöver att studera strukturer och processer, även omfatta resultat utifrån ett kund- och patientperspektiv om god kvalitet.

Inom hälso- och sjukvården genomförs årligen egenkontroller i samtliga verksamheter gällande hygien och läkemedelshantering. Stickprov i form av läkemedelsgranskning sker regelbundet via Apoteket.

Tillsyn av verksamheten sker på förekommen anledning av inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller av förvaltningen/beställaren. Vid en tillsyn genomförs ett platsbesök, där intervjuer med personal och granskning av den rapporterade bristen utförs.

Myndighetsenheten ansvarar för individuppföljningar.

Samtliga uppföljningar och utvärderingar, förutom individuppföljningarna, dokumenteras och diarieförs (individuppföljningarna journalförs). Om verksamheten får påpekanden görs oftast en åtgärdsplan om rättning. För externa utförare kan även andra rättsliga principer komma att användas i syfte om avtalstrohet.

Under 2017 har följande uppföljningar/utvärderingar genomförts:

- Avtalsuppföljningar:
 - Attendo Vinddraget vård- och omsorgsboende (entreprenad)
 - Humana Södra Centralgatan vård- och omsorgsboende (ramavtal)
 - Attendo Pukslagarvägens vård och omsorgsboende (ramavtal)
 - Sex gruppboendestäder inom LSS
 - 12 externa utförare av hemtjänst
- Tillsyn:
 - Läkemedelshantering inom hemtjänsten
 - Hemsjukvården (genomförd av IVO)
- Egenkontroll:
 - Följsamhet mot ledningssystemets rutiner och riktlinjer
- Kvalitetsrevision:
 - Uppföljning av åtgärder efter kvalitetsrevision 2016 inom den kommunala hemsjukvården

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – resultat och analys 2017

Nedan redogörs för några av de resultat som uppnåtts under 2017. De redovisade resultaten är ett urval av de resultat som Omvårdnad Gävle uppnått under året. De resultat som lyfts fram har bedömts vara särskilt intressanta ur ett kvalitets- och/eller patientsäkerhetsperspektiv.

I anslutning till de redovisade resultaten redovisas kortare analyser av desamma. Urvalet av resultat liksom analyserna har genomförts av en analysgrupp inom planering- och utveckling. Gruppen har bestått av Ulrika Carlsson (MAS), Lisa Hartung (MAS), Ulla Hamrén (SAS), Linnéa Skytt (NAD) och Patrik Bergman (kvalitetscontroller). Utöver denna grupp har även utredarna Carina Zettlin och Oskar Andersson bidragit med vissa underlag.

Självbestämmande, integritet och delaktighet

Enligt såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen ska vård och omsorg bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet (5 kap 1§ HSL; 1 kap. 1§ SoL). För att dessa kvalitetskrav ska vara möjliga att uppfylla måste Omvårdnad Gävles kunder garanteras en hög grad av delaktighet och inflytande i den egna vården och omsorgen.

Genomförandeplan och kontaktmannaskap

I omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti lyfts *kontaktmannaskapet* och utformningen och planeringen av de beviljade insatserna i *genomförandeplanen* fram som viktiga verktyg för att säkra den enskildes rätt till delaktighet och inflytande.

I Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning 2017 uppgav enhetscheferna inom hemtjänsten i Gävle att 96 procent av kunderna har en namngiven kontaktman². Vidare uppgav enhetscheferna inom hemtjänsten i Gävle att 83 procent av kunderna har en aktuell genomförandeplan³. Motsvarande siffra inom vård- och omsorgsboende var 90 procent. När det gäller kunder inom gruppboenden, serviceboenden, gruppboenden, serviceboenden och personlig assistans tycks andelen aktuella genomförandeplaner under 2017 ha varit på liknande nivåer som inom vård- och omsorgsboenden och hemtjänst. Inom boendestöd och personligt stöd har de redovisade motsvarande siffrorna varit lägre⁴.

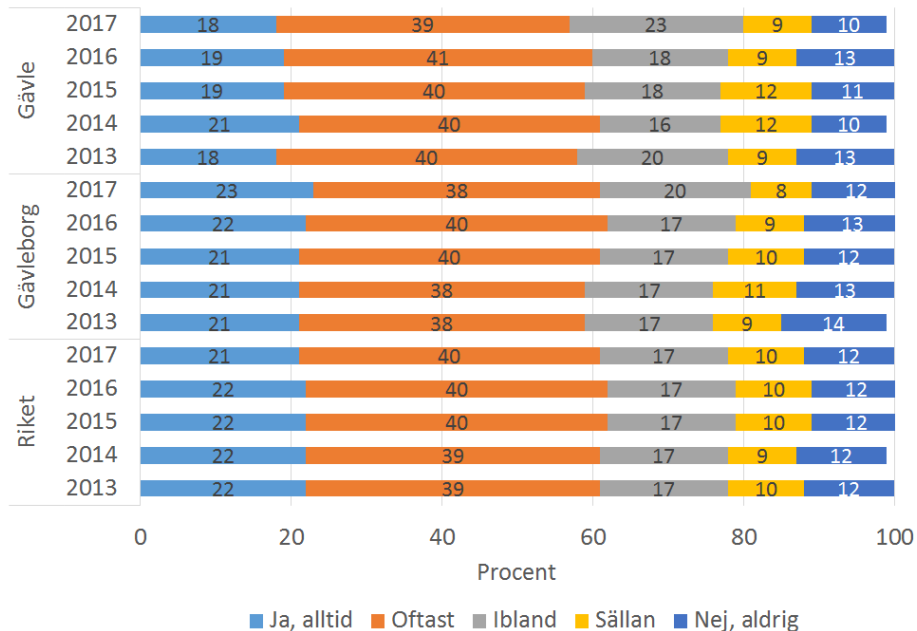
I omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti framgår att genomförandeplanen bland annat ska ge en möjlighet att påverka när de beviljade insatserna ska

² Motsvarande fråga ställdes inte till enhetscheferna vid vård- och omsorgsboende i 2017 års enhetsundersökning.

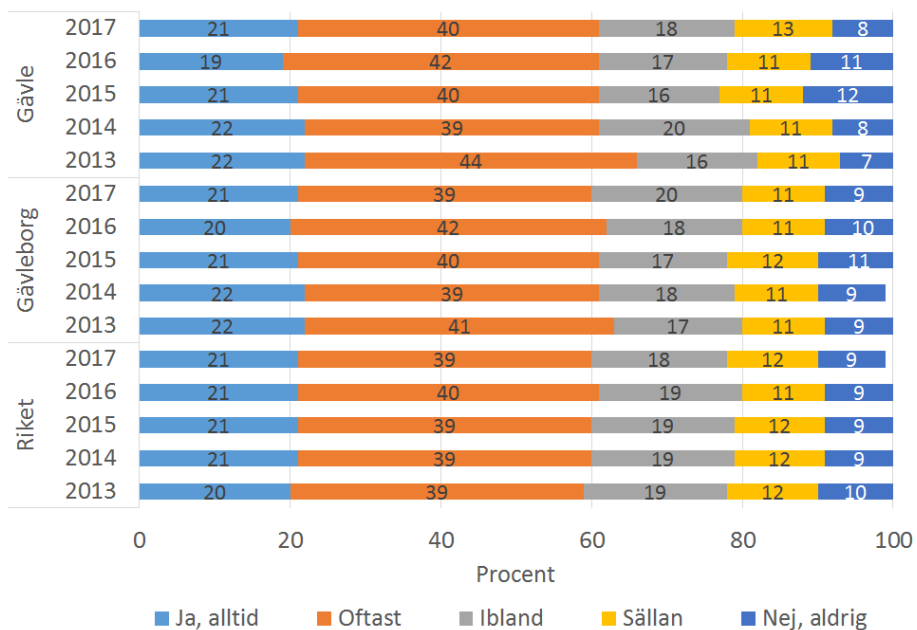
³ Enligt omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti ska en genomförandeplan påbörjas inom en vecka och vara klar senast 14 dagar efter att biståndet/insatsen verkställts. Den ska därefter hållas aktuell och uppdateras minst var sjätte månad.

⁴ När det gäller verksamheter för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, personlig assistans, boendestöd och personligt stöd) har uppgifterna hämtats från omvårdnadsnämndens månadsrapporter. Dessa uppgifter bygger dock, till skillnad från Socialstyrelsens enhetsundersökning, på beräkningar av ofullständiga underlag, eftersom vissa verksamheter inte rapporterat aktuella genomförandeplaner. Av denna anledning redovisas inga procentandelar i dessa fall.

utföras. Tyvärr uppgav relativt stora andelar av de svarande i Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017 att man sällan eller aldrig kan påverka vilka vid vilka tider personalen utför de beslutade insatserna (se figuren 8-9).



Figur 8. Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

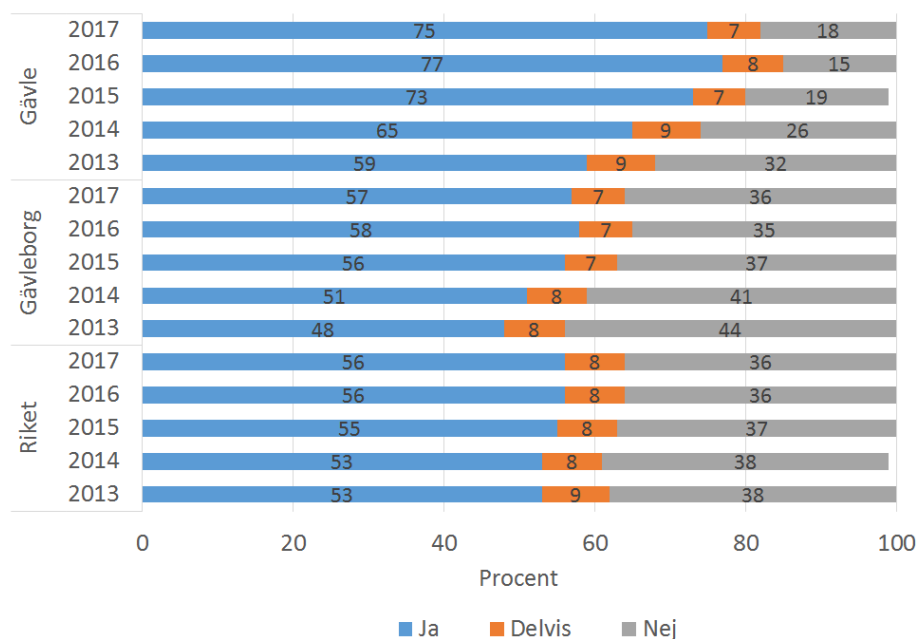


Figur 9. Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att underlaget tyder på att en relativt stor andel av Omvårdnad Gävles kunder *har tilldelats eller valt kontaktmän och har aktuella genomförandeplaner*, i enlighet med omvårdnadsnämndens intentioner i Världighetsgarantin. Den relativt låga andelen kunder som uppgav att man "alltid" eller "oftast" kan påverka när de beviljade insatserna utförs antyder att dock följsamheten mot genomförandeplanen kan vara ytterligare ett förbättringsområde.

Valmöjlighet

En annan viktig aspekt i kundens möjlighet till inflytande och påverkan som lyfts fram i omvårdnadsnämndens världighetsgaranti är *valmöjlighet*. Valmöjlighet kan exempelvis handla om kundens möjlighet att välja utförare. I detta sammanhang kan man konstatera att andelen kunder som uppger att man fått välja utförare av hemtjänsten har ökat markant sedan Gävle kommun beslöt att på prov införa lagen om valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänsten. I 2013 års nationella brukarundersökning svarade 59 procent i Gävle "ja" på frågan om man fått välja utförare inom hemtjänsten, vilket kan jämföras med 75 procent för 2017 (se figur 10). Det var visserligen så att andelen som svarade positivt var något högre 2016 jämfört med 2017. Om detta är ett trendbrott är dock för tidigt att säga.



Figur 10. Fick du välja utförare av hemtjänsten? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

Att kunna välja utförare av hemtjänst eller vård- och omsorgsboende är en slags valfrihet där individen väljer en eller (ibland) några få gånger. Andra former av valmöjligheter är dock betydligt mer frekventa i vardagen, exempelvis möjligheten att välja maträtt på sitt vård- och omsorgsboende. Av en enkät som

SKL genomförde 2017 inom ramen för KKiK framgår att det vid 87 procent av platserna på vård- och omsorgsboenden i Gävle erbjuds möjlighet att välja en alternativ maträtt vid dagens huvudmål. Motsvarande siffra inom gruppboenden och serviceboenden var 100 procent. Vidare har man som kund, enligt samma undersökning, vid samtliga vård- och omsorgsboenden i Gävle, möjlighet att välja tid för såväl när man vill gå och lägga sig på kvällen som när man vill stiga upp på morgonen.

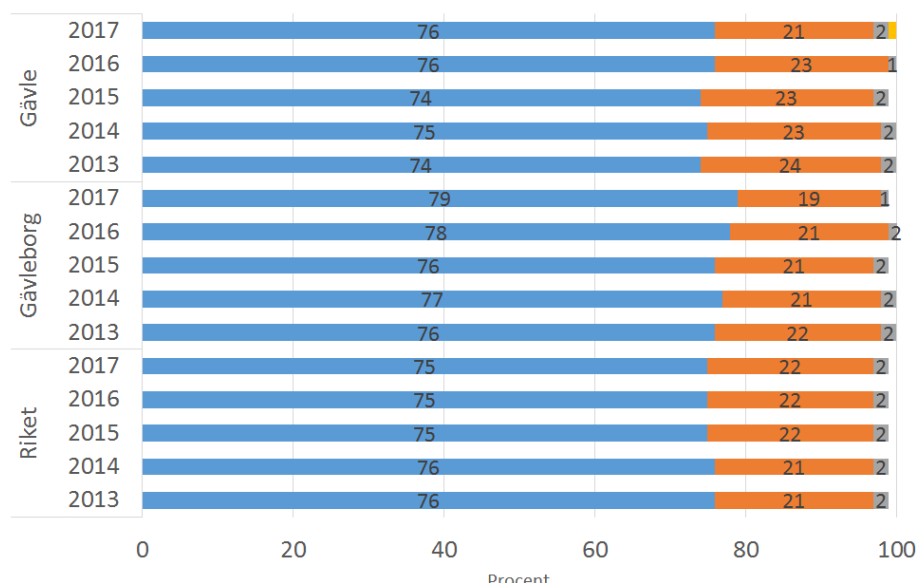
Insatsernas innehåll och utförande

Resultaten från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen 2013-2017 visar att nöjdheten med utförandet, hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter, generellt är relativt hög. Detsamma gäller för resultaten från Omvårdnad Gävles närståendeundersökningar vid särskilt boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboenden och serviceboenden) 2015 och 2017,

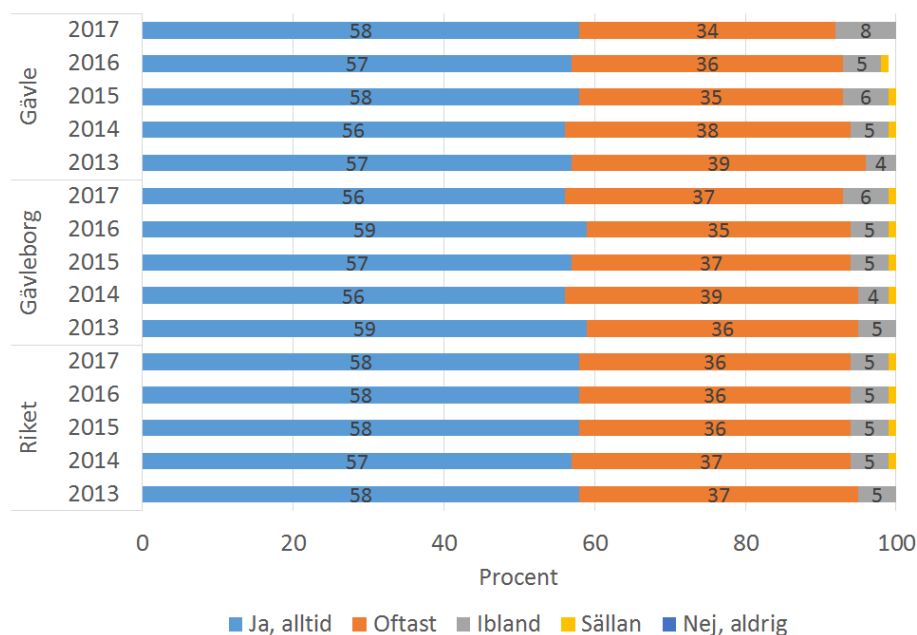
Bemötande

I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) konstateras att ett gott bemötande handlar om att personalen uppvisar lyhördhet, empati, respektfullhet samt har tillräckligt med tid för att lyssna och samtala med den enskilde kunden. I omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti lyfts liknande värdeord fram.

Frågorna kring bemötande är de i Socialstyrelsens nationella brukarenkät där de svarande är som allra mest positiva. Detta gäller såväl inom hemtjänst som vid vård- och omsorgsboende. Andelen svaranden som uppgav att personalen "alltid" eller "oftast" bemöter dem på ett bra sätt låg 2017 på 97 procent för hemtjänsten och 92 procent för vård- och omsorgsboende. Det kan noteras att andelen som svarar att man alltid blir bemött på ett bra sätt är mycket högre inom hemtjänsten än inom vård- och omsorgsboende (se figurerna 11-12). Även i Omvårdnad Gävles närståendeundersökningar inom särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning (gruppboende, serviceboende, gruppboenden och serviceboenden) 2015 och 2017 var bemötandet bland de kvalitetsområden som fick högst betyg.



Figur 12. . Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.



Figur 11. Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

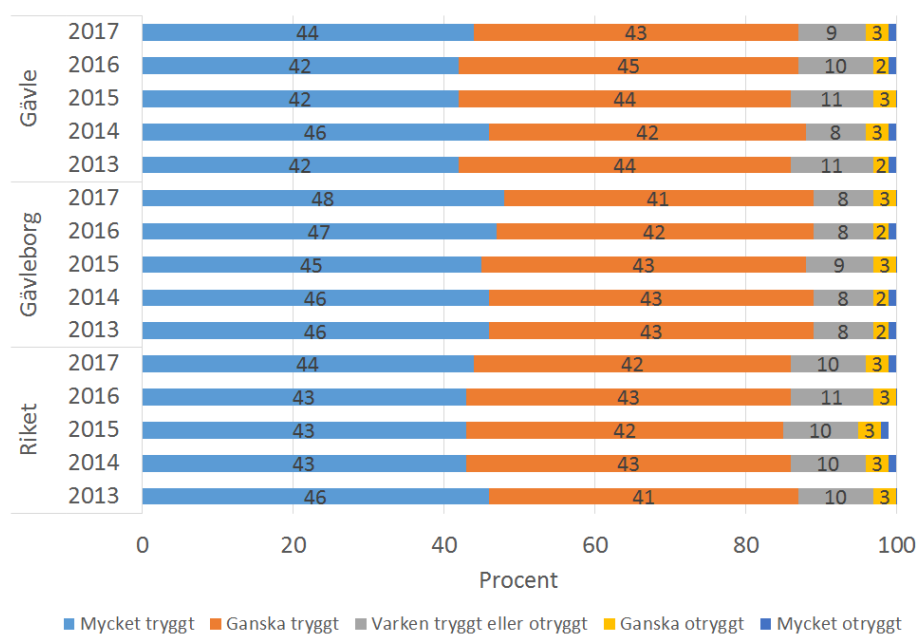
Sammanfattningsvis tyder det mesta på att bemötandet är ett område där kvaliteten inom Omvårdnad Gävle är mycket hög.

Trygghet och kontinuitet

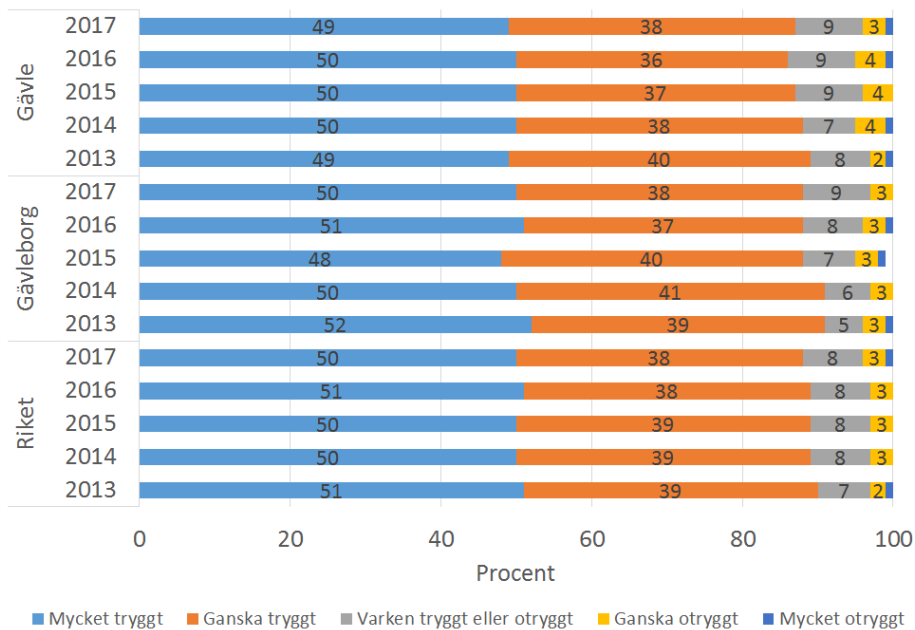
Av socialtjänstlagen framgår att ”Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden” (5 kap. 4§ SoL). Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens

omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) liksom omvårdnadsnämndens vårdighetsgaranti lyfter fram trygghet och kontinuitet som viktiga begrepp.

Av resultaten i Socialstyrelsens nationella brukarenkät 2013-2017 kan man utläsa att strax under 90 procent av de svarande inom såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende uppgav att det kändes mycket eller ganska tryggt att bo hemma med stöd av hemtjänsten alternativt bo på ett vård- och omsorgsboende. Även i Omvårdnad Gävles närståendeundersökning inom särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning (gruppboende, serviceboende, gruppboendestäder och serviceboendestäder) 2015 och 2017 får kvalitetsområdet trygghet mycket goda betyg.

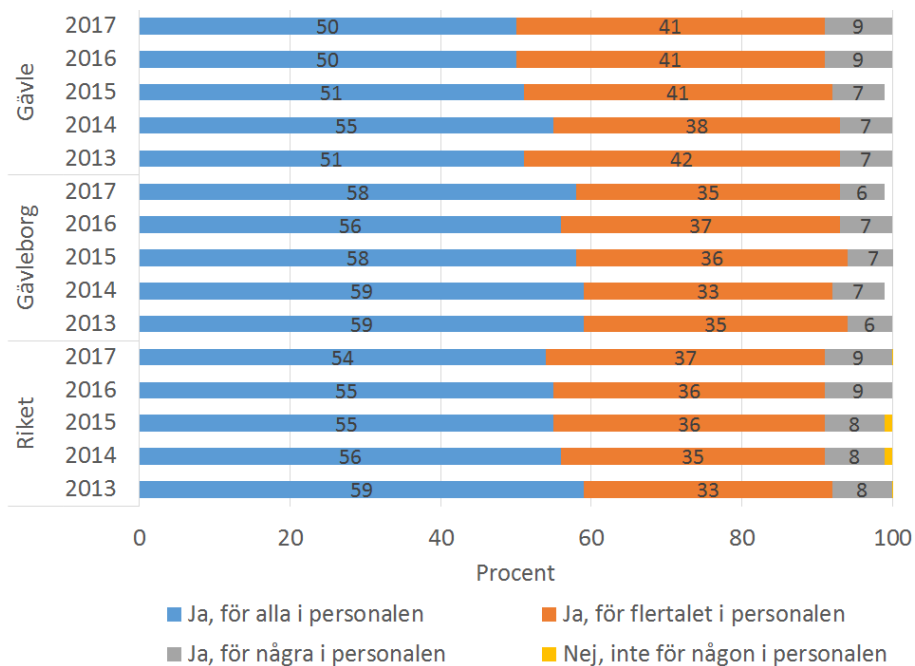


Figur 13. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

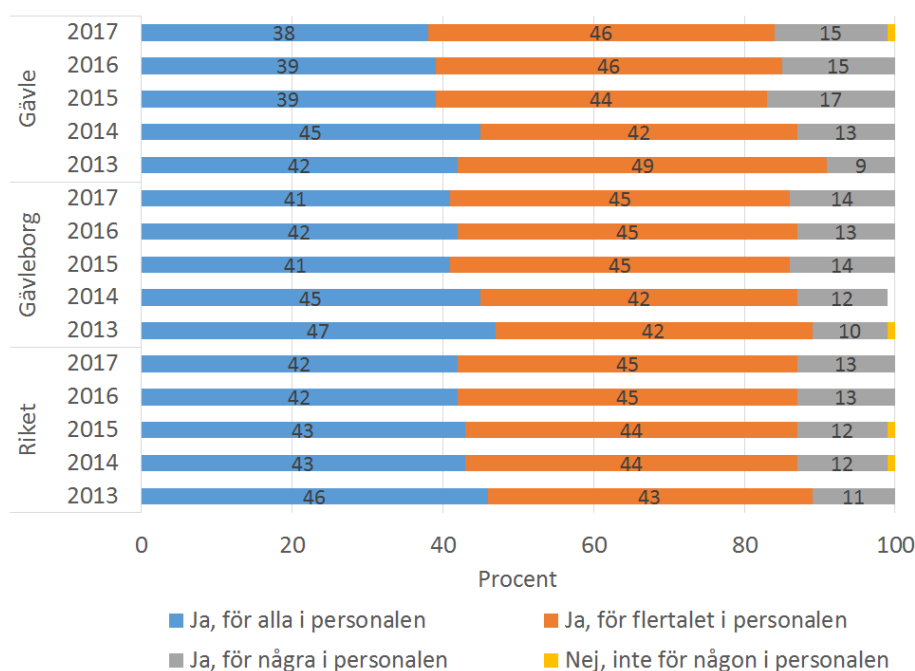


Figur 14. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

Av Socialstyrelsens nationella brukarundersökning framgår också att runt 85-90 procent av Omvårdnad Gävles kunder inom såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende svarar att man har förtroende för alla eller flertalet i personalen.

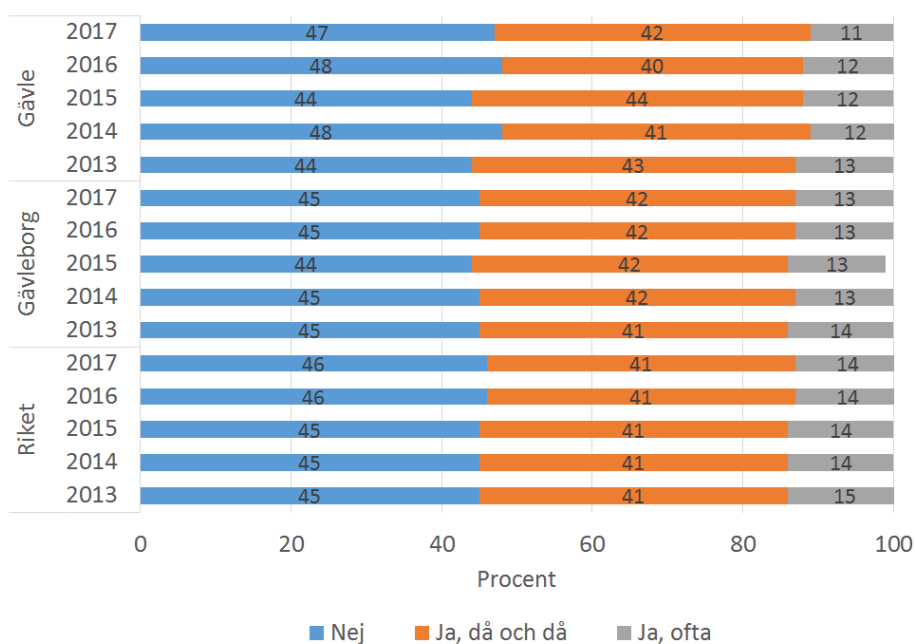


Figur 15. Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

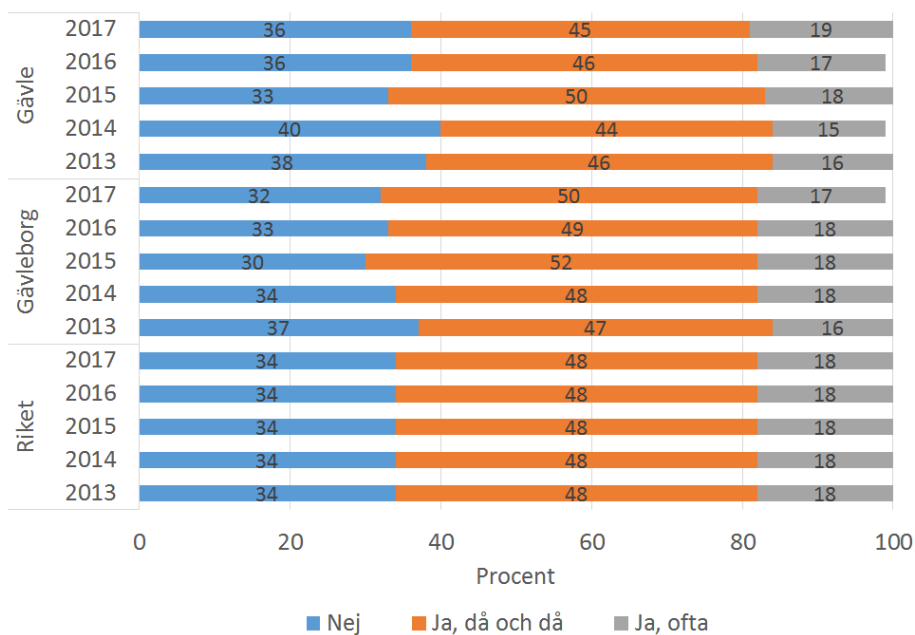


Figur 16. Känner du förtroende för personalen på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

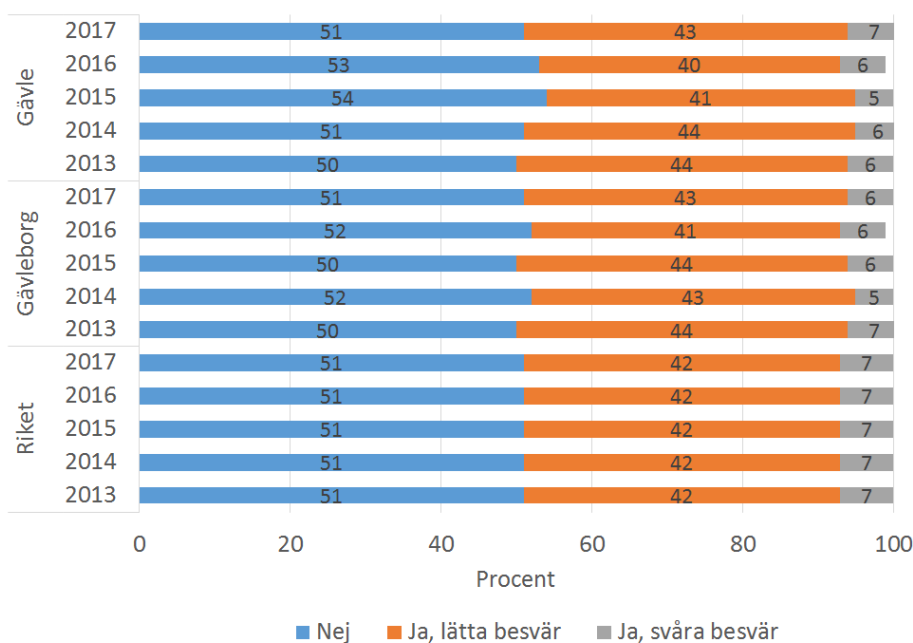
Trots relativt goda resultat på frågorna rörande trygghet och förtroende uttrycker en mycket stor andel av de svarande i Socialstyrelsens nationella brukarenkät inom äldreomsorgen att man då och då eller ofta besväras av ensamhet (se figurerna 17-18). På liknande sätt säger en stor andel av de svarande att man upplever lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (se figurerna 19-20). Detta gäller såväl inom hemtjänsten som inom vård- och omsorgsboende. Värt att notera är att det här finns betydande könsskillnader; kvinnor svarar i betydligt högre utsträckning än män att man upplever såväl ensamhet som besvär av ångslan, oro eller ångest. I sammanhanget bör man dock vara medveten om att betydligt fler kvinnor än män uppger att de bor ensamma.



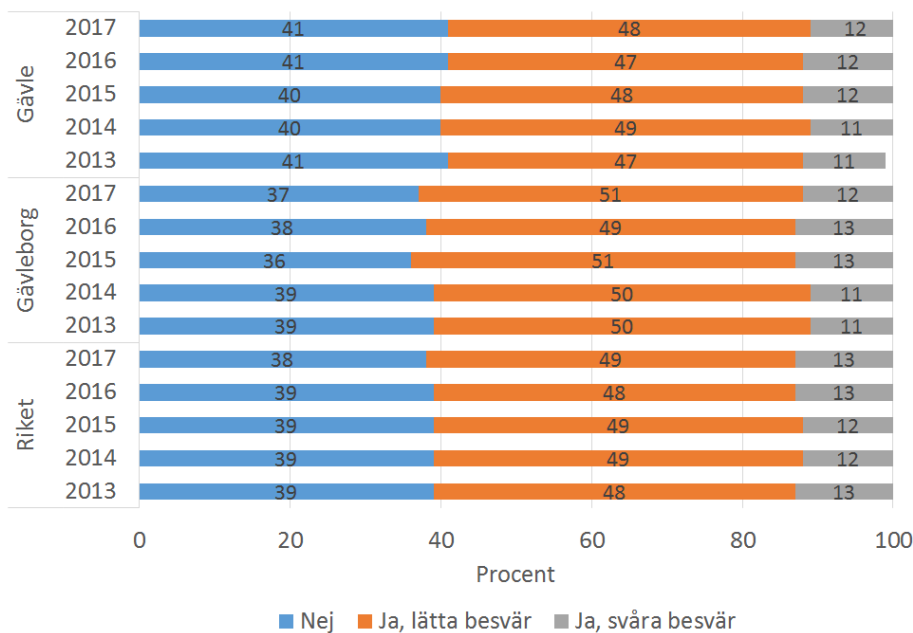
Figur 17. Händer det att du besväras av ensamhet? Respondenter med hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.



Figur 18. Händer det att du besväras av ensamhet? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.



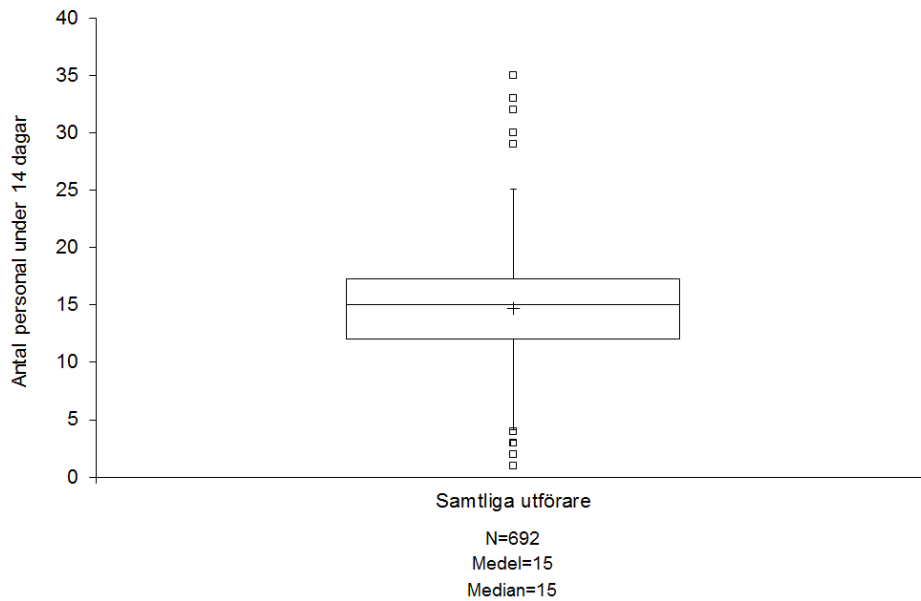
Figur 20. Har du besvär av ängslan, oro eller ångest? Respondenter med hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.



Figur 19. Har du besvär av ängslan, oro eller ångest? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

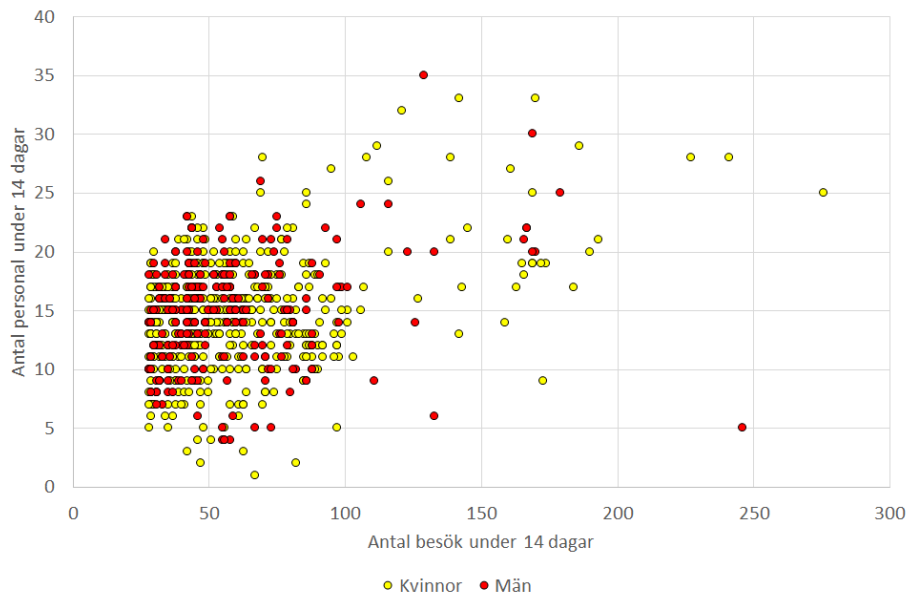
Så kallad kontinuitet är något som ofta lyfts fram som det som äldre värderar mest för att känna sig trygg inom omsorgen. Kontinuitet handlar om att det är samma personal som kommer (personkontinuitet), att de dyker upp på samma tider (tidskontinuitet) och att hjälpen utförs på samma eller liknande sätt (omsorgskontinuitet). I Gävle mättes personkontinuitet inom hemtjänsten under

en 14-dagarsperiod i oktober 2017. Tittar man på resultatet av mätningen så kan man konstatera att kontinuiteten på individnivå varierade mellan som bäst en personal och som sämst 35 personal under den undersökta 14-dagarsperioden. 25 procent av kunderna mötte färre än 12 personal, 50 procent av kunderna mötte mellan 12 och 17 personal och 25 procent av kunderna mötte fler än 17 personal, vilket framgår av figur 21 nedan.



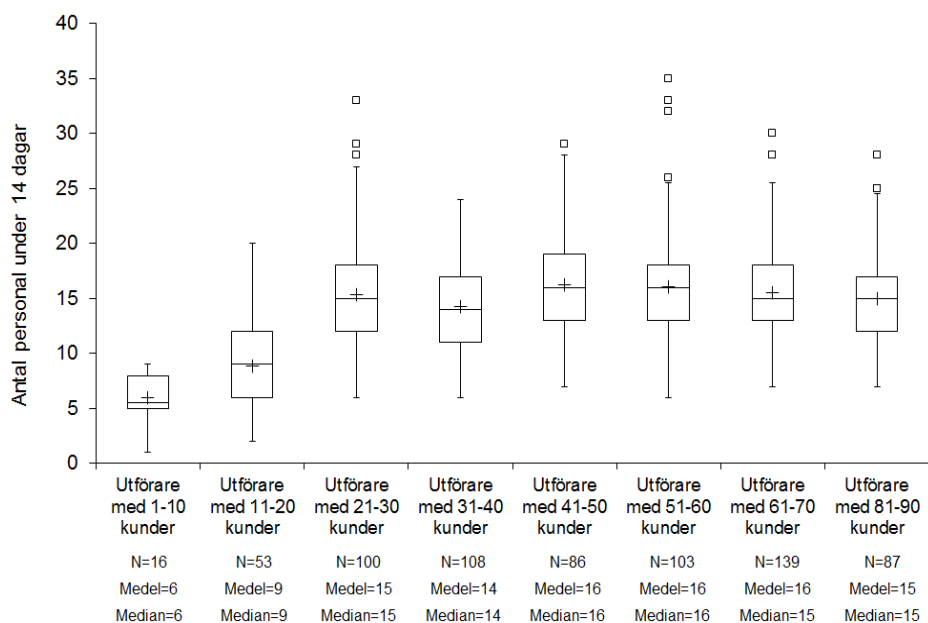
Figur 21. Gävles resultat från kontinuitetsmätningen under hösten 2017. Låddiagram över spridningen av antal personal under 14 dagar.

Tittar man på antalet besök i relation till antalet personal under mätperioden, så går det att se ett visst samband (figur 22). Ju fler besök man hade, desto fler personal träffade man. I figur 22 finns några kunder som hade över 200 besök under den undersökta 14-dagarsperioden. Detta kan tyckas mycket, men kan förklaras av att dessa kunder hade ett mycket omfattande stödbehov som dessutom tillgodosågs med dubbelbemanning.



Figur 22. Gävles resultat från kontinuitetsmätningen under hösten 2017. Sambandsdiagram över antal personal under 14 dagar i förhållande till antal besök. Varje prick motsvarar en individ. Könsuppdelat. N=692.

Tittar man på personkontinuiteten inom den kommunala egenregin jämfört med externa utförare så är det tydligt så att såväl medel- som medianvärdena för de externa utförarna är bättre än för egenregin. Undersöker man detta fenomen närmare kan man dock konstatera att skillnaden inte handlar om regiform i sig, utan snarare om storleken på utföraren. Som framgår tydligt av figur 23 har utförare med relativt få kunder en betydligt bättre kontinuitet än utförare med relativt många kunder. Intressant att notera är att detta tycks gälla för små utförare upp till ungefär 20 kunder, därefter är kontinuiteten likartad oavsett storleken på utföraren.



Figur 23. Gävles resultat från kontinuitetsmätningen under hösten 2017. Låddiagram över spridningen av antal personal under 14 dagar. Jämförelser av utförare med olika stora kundstockar. Antal kunder per utförare baseras på de 692 kunder som ingår i beräkningsunderlaget.

Baserat på uppgifter från socialtjänstregistret och 2017 års nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen har Socialstyrelsen genomfört en samkörning mellan antalet beviljade hemtjänsttimmar och hemtjänstkundernas uppfattning om hemtjänsten. Av denna framgår att de som i genomsnitt har relativt många beviljade hemtjänsttimmar i större utsträckning svarar att de upplever det som ganska eller mycket otryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten jämfört med dem som har relativt få beviljade timmar. Samma mönster går att urskilja när det gäller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest samt besvär av ensamhet. I samma rapport har Socialstyrelsen även samkört multisjuklighet⁵ med uppfattning om trygghet. Även här finns en viss antydning till att multisjuka personer med hemtjänst upplever sig mindre trygga än övriga personer med hemtjänst. Inom vård- och omsorgsboende är denna bild ”spegelvänd”; multisjuka personer i vård- och omsorgsboende upplever sig mer trygga än övriga personer i vård- och omsorgsboende (Socialstyrelsen 2018, s 38-43).

Sammanfattningsvis kan det, på samma sätt som i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2016, konstateras att en stor andel av de svarande i såväl Gävle som i riket uttrycker att man då och då eller ofta besvärar av ensamhet och att man upplever lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Detta trots relativt goda resultat på frågorna kring trygghet och förtroende.

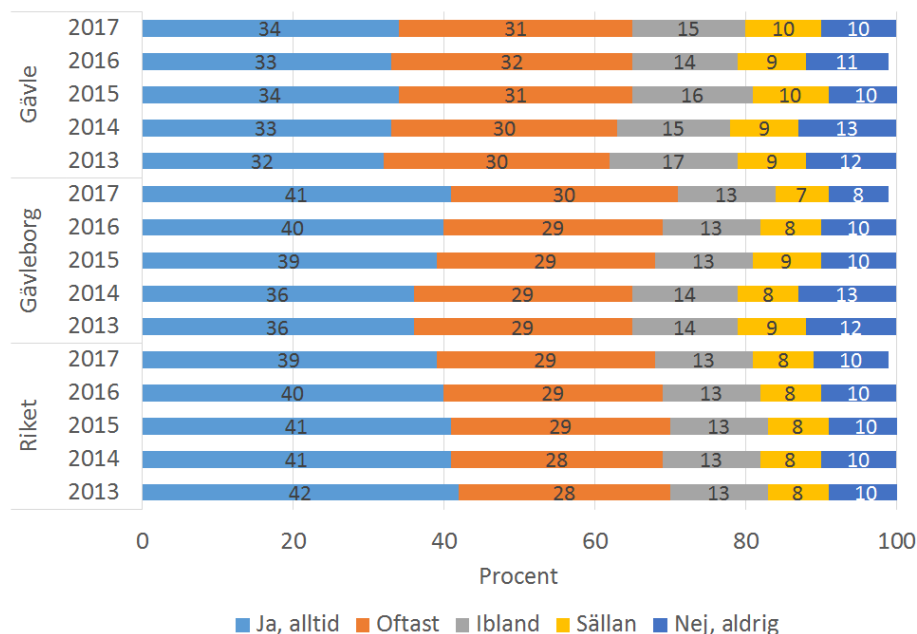
⁵ Gruppen med multisjuklighet definieras genom att individerna har (1) varit inskriva i slutenvården minst tre gånger under tolv månader, (2) fått minst tre diagnoser från olika diagnosgrupper (enligt ICD-10) under tolv månader och (3) i vissa fall är över en viss ålder (Socialstyrelsen 2018, s 38)

Inom hemtjänsten tycks förekomst av såväl otrygghet som ensamhet, ångslan, oro och ångest hänga samman med stora vård- och omsorgsbehov. Detta skulle delvis kunna hänga samman med att kunder inom hemtjänsten med stora vårdbehov tenderar till att få en sämre personkontinuitet än kunder med relativt små behov.

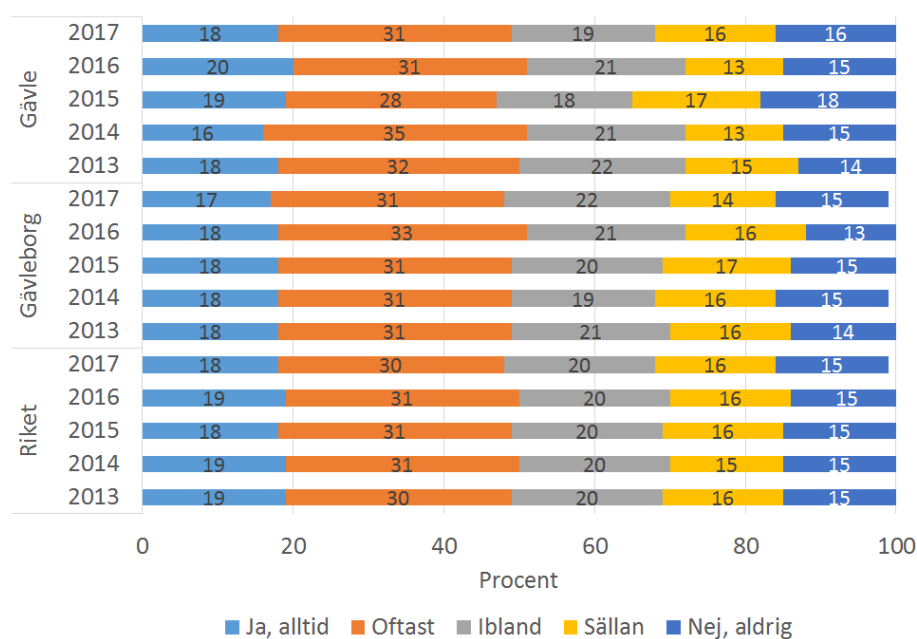
Information

En viktig aspekt som lyfts fram i omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti är informationen till den enskilde kunden. Av Omvårdnad Gävles närståendeundersökning inom särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning (gruppboende, serviceboende, gruppboendestäder och servicebostäder) 2015 och 2017 framgår att just information är ett av de områden där det finns en viss förbättringspotential. Specifikt handlar det om frågor som rör tydlighet kring vilken hjälp den enskilde kan få och i vilken utsträckning personalen informerar den närstående. I sammanhanget bör man givetvis hålla i minnet att det inte alltid är så att den enskilde vill att närstående ska informeras, vilket då måste respekteras.

Av Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen framgår att information om tillfälliga förändringar är ett förbättringsområde. Som framgår i figur 24 svarade nästan 51 procent i vård- och omsorgsboende 2017 att personalen ibland, sällan eller aldrig informerade om tillfälliga förändringar. Motsvarande siffra inom hemtjänsten var 35 procent.



Figur 24. Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.



Figur 25. Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det verkar finnas förbättringsområden när det gäller informationen till kunderna inom både hemtjänst, vård- och omsorgsboenden samt särskilda boenden i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. I sammanhanget kan det nämnas att det, inom ramen för det så kallade hemvårdsprojektet, arbetas aktivt med att göra kunden mer delaktig i sin vård- och omsorg.

Meningsfull tillvaro/sysselsättning

Socialtjänstlagen säger att ”Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att [...] ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” (5 kap. 4§ SoL). Nämnden ska också ”medverka till att [personer med funktionsnedsättning] får en meningsfull sysselsättning” (5 kap. 7§ SoL).

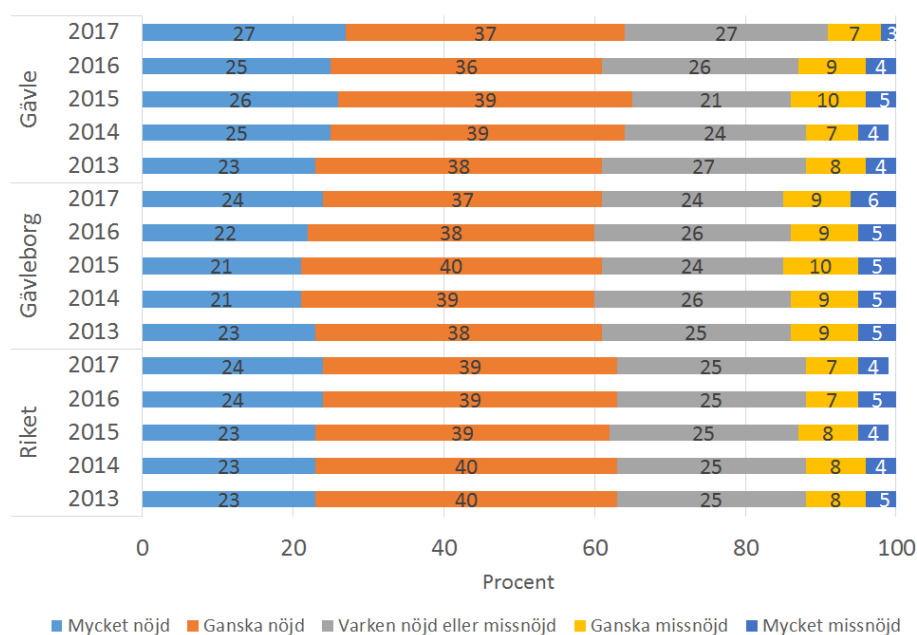
En meningsfull tillvaro för äldre i ordinärt boende kan exempelvis stödjas med hemtjänstinsatser såsom ledsagarservice eller promenader. Det kan också handla om exempelvis dagverksamheter⁶ och träffpunkter⁷. För personer med psykiska funktionsnedsättningar finns exempelvis aktivitetshuset Nygården och träffpunkten Moränen (den senare riktad till äldre med psykiska funktionsnedsättningar). I Gävle kommun finns även en kultursamordnare som arbetar för en aktiv kultur- och fritidsverksamhet för personer med funktionsnedsättning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁶ Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som kan beviljas vid behov av social samvaro eller som en form av avlösning för personer som vårdar en närstående. Dagverksamhet riktar sig till personer som bor hemma.

⁷ Träffpunkter för seniorer är öppna för alla seniorer i Gävle kommun, det vill säga inte biståndsbedömda. Syftet är att ge äldre en möjlighet att lära känna andra, träffas kring gemensamma intressen och hitta på saker tillsammans.

En meningsfull tillvaro för äldre vid vård- och omsorgsboenden kan exempelvis handla om möjligheten att komma ut. Av en enkät som SKL genomförde 2017 inom ramen för KKiK framgår att det vid 75 procent av boendeplatserna vid vård- och omsorgsboendena i Gävle erbjuds möjlighet till daglig utevistelse. Av Socialstyrelsens nationella brukarundersökning framgår dock att endast 55 procent av de tillfrågade vid vård- och omsorgsboendena i Gävle uppgav att man tyckte möjligheterna att få vistas utomhus var mycket bra eller ganska bra. Detta var en något lägre andel jämfört med riket, där andelen låg på 58 procent. Som påpekats i tidigare års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser tyder underlaget på att möjligheterna till utevistelse vid Gävles vård- och omsorgsboenden är ett förbättringsområde.

En meningsfull tillvaro för äldre vid vård- och omsorgsboenden kan också handla om tillgången till sociala aktiviteter. Av enkäten som SKL genomförde 2017 inom ramen för KKiK framgår att det vid 60 procent av boendeplatserna i Omvårdnad Gävles vård- och omsorgsboenden erbjöds minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar. När det gäller gruppbostäder och servicebostäder i Gävle hade samtliga kunder, enligt KKiK-enkäten, möjlighet till så många individuellt anpassade aktiviteter i veckan som hen önskade. Detta till trots så är sociala aktiviteter inom vård- och omsorgsboende ett område som återkommande får låga betyg i Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar (se figur 26). Även om kvalitetsområdet ”aktiviteter” får relativt goda betyg i Omvårdnad Gävles närståendeundersökning inom särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning (gruppboende, serviceboende, gruppbovärdar och servicebostäder) 2015 och 2017, så finns även här viss förbättringspotential.



Figur 26. Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2017.

Sammanfattningsvis tycks det som att meningsfull tillvaro är ett förbättringsområde inom vård- och omsorgsboende, såväl när det gäller möjligheten att komma ut som när det gäller tillgången/stödet för sociala och enskilda aktiviteter. Även inom området funktionsnedsättning antyder närståendeenkäten att det finns en viss förbättringspotential när det gäller sociala aktiviteter.

Läkemedelsanvändning

I flera rapporter från Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och SKL redovisas att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt. Detta gäller både de som bor på vård- och omsorgsboende och de som bor i ordinärt boende. 2013 genomfördes en revision/samverkansgranskning kring läkemedelsanvändningen i Gävle kommun, Bollnäs kommun och Region Gävleborg.

I revisionen 2013 samlades läkemedelsstatistik in från alla vård- och omsorgsboenden i kommunerna. Denna insamling och utvärdering av statistik har sedan dess fortgått årligen på uppdrag av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i alla verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Statistiken används vid uppföljningar av samverkansavtal för läkarmedverkan.

Resultatet när det gäller läkemedelsanvändningen 2017 skiljer inte ut sig nämnvärt från tidigare års resultat. En förbättring har skett gällande förskrivning av neuroleptika som har minskat med 6 procentenheter sedan föregående år. Dock ska förtydligas att 100 procent av alla som bor på vård- och omsorgsboende (inklusive korttidsenheten) deltar i undersökningen medan endast hälften av kunderna inom hemsjukvården är inkluderade. Detta beror främst på att de kunder i hemsjukvården som inkluderas är kunder där läkemedelshanteringen har bedömts som hälso- och sjukvård.

Resultatet för 2017 visar att det finns områden som bör prioriteras vid ett utvecklingsarbete och detta gäller att öka antalet läkemedelsgenomgångar, främst inom hemsjukvården. Ett par observandum är att förbrukning av laxantia och antidepressiva läkemedel är relativt hög, vilket kan tyda på att man inte har arbetat förebyggande med icke farmakologiska åtgärder i första hand.

Kunskapsbaserade arbetssätt och metoder

I socialtjänstlagen och patientsäkerhetslagen lyfts kompetent personal med relevant utbildning fram som en förutsättning för en kunskapsbaserad vård och omsorg (3 kap. 3§ SoL; 4 kap. PSL). I patientsäkerhetslagen tydliggörs dessutom att "hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" (6 kap. 1§ PSL). Man kan därför säga att kunskapsbaserad vård handlar om personalens utbildning och kompetens (struktur) och personalens användande av arbetssätt och metoder (process).

”Pinnstatistik”

Under november 2016 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska inom Omvårdnad Gävle en så kallad ”strulstudie” på korttidsenheterna inom den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Detta för att synliggöra hur mycket tid som sjuksköterskor i dagsläget lägger ned på att rätta till de brister som finns gällande informationsöverföring vid byte av vårdnivå.

Resultatet visade på kostsamma arbetsätt samt stora patientsäkerhetsrisker. Under 2017 gjordes två uppföljande mätningar i form av ”pinnstatistik”. Mätningen utfördes under en vecka av samtliga länets kommuner. Resultatet från dessa mätningar visar på en ökning gällande läkarepikris i samband med byte av vårdnivå men fortsatta brister avseende korrekta läkemedelsordinationer.

Omvårdnad Gävle har, under 2017, i samverkan med Region Gävleborg genomfört utbildningsinsatser till ST-läkare inom Regionen avseende läkemedelshandling. Utbildningsinsatserna kommer att löpa under en femårsperiod och är obligatorisk för samtliga ST-läkare.

Följsamhet mot rutiner

Under april-maj 2017 genomfördes Omvårdnad Gävles förvaltningsövergripande egenkontroll. Konkret genomfördes den så att enhetschef; i förekommande fall med stöd av verksamhetschef HSL, fick svara på ett stort antal frågor kring följsamheten mot rutiner och riktlinjer i Omvårdnad Gävles ledningssystem. Frågorna kunde besvaras med ”ja”, ”delvis” eller ”nej”. För alla frågor som besvarades med ett ”delvis” eller ett ”nej” upprättade ansvariga chefer en lista med planerade åtgärder, inklusive med utpekade ansvariga, tidplan och plan för uppföljning.

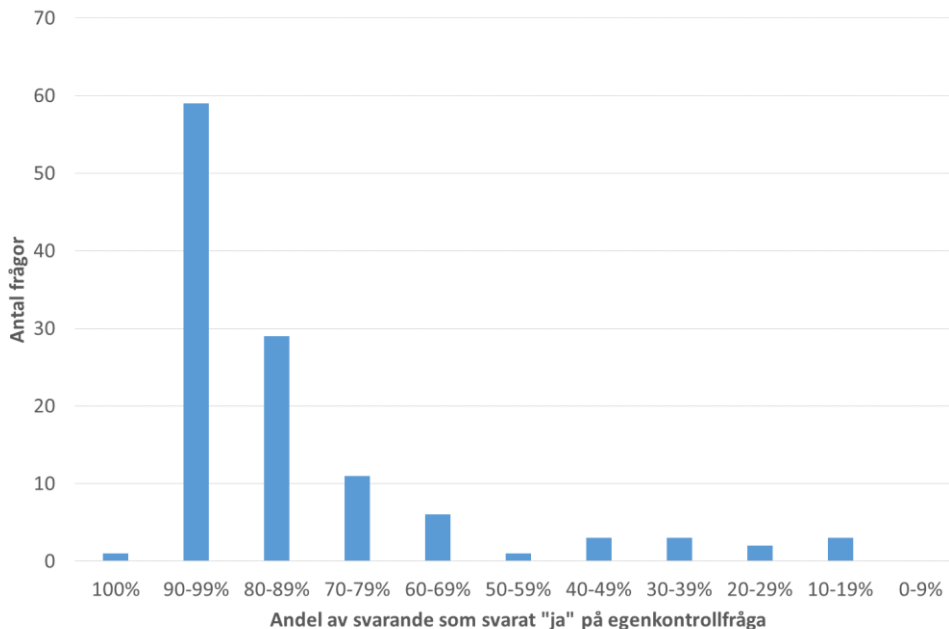
I figur 27 nedan finns en grov sammanställning av resultatet av egenkontrollerna. I figuren har frågor som endast berörde en eller ett fåtal verksamheter exkluderats⁸. Detta för att enskilda verksamheters svar på sådana frågor skulle få orimligt stort genomslag i figuren.

Av figuren går att utläsa att den självrapporterade följsamheten mot rutiner och riktlinjer i ledningssystemet tycks vara relativt god. För 60-talet rutiner/riktlinjer har mer än 90 procent av de tillfrågade svarat ”ja” på de relaterade frågorna. Ett exempel på en fråga som indikerar hög följsamhet mot rutin är ”inhämtas samtycke från alla kunder när samverkan med annan part behöver ske?”, där hela 97 procent av de tillfrågade svarat ”ja”.

Det går dock även att utläsa en mycket låg följsamhet i vissa fall. Detta gäller exempelvis några frågor som rör hjälpmedel och medicintekniska produkter. Som beskrevs ovan har egenkontrollen varit uppbyggd så att varje fråga som besvarats med ”delvis” eller ”nej” inneburit krav på åtgärd/åtgärder.

⁸ Detta handlar framförallt om sådana frågor som specifikt riktades mot Myndighet.

Förhoppningen är att åtgärderna ska leda till att följsamheten mot aktuella rutiner och riktlinjer ska ha förbättrats när motsvarande frågor ställs i 2018 års egenkontroll.



Figur 27. Antal frågor i Omvårdnad Gävles egenkontroll 2017, uppdelade efter andelen ja-svar.

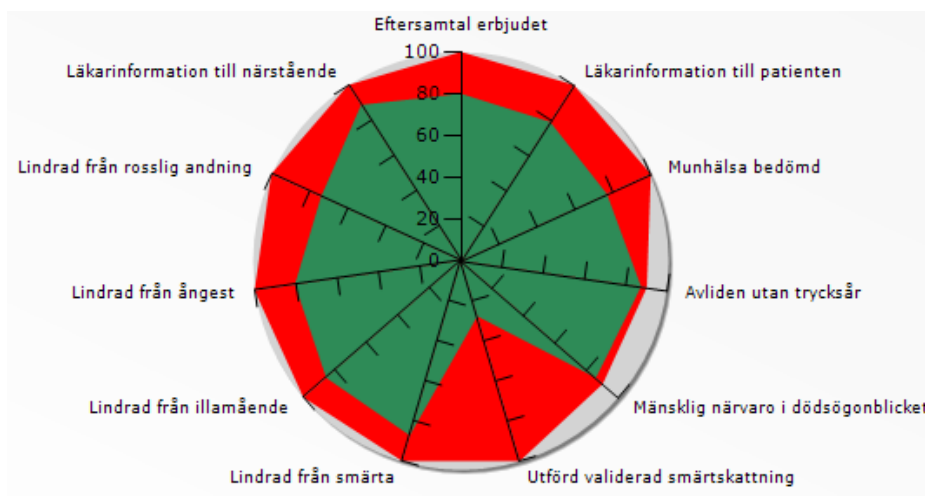
Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Omvårdnad Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2017 rapporterades 60 procent av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret. Detta innebär att antalet registreringar har minskat med 20 procent de senaste fem åren.

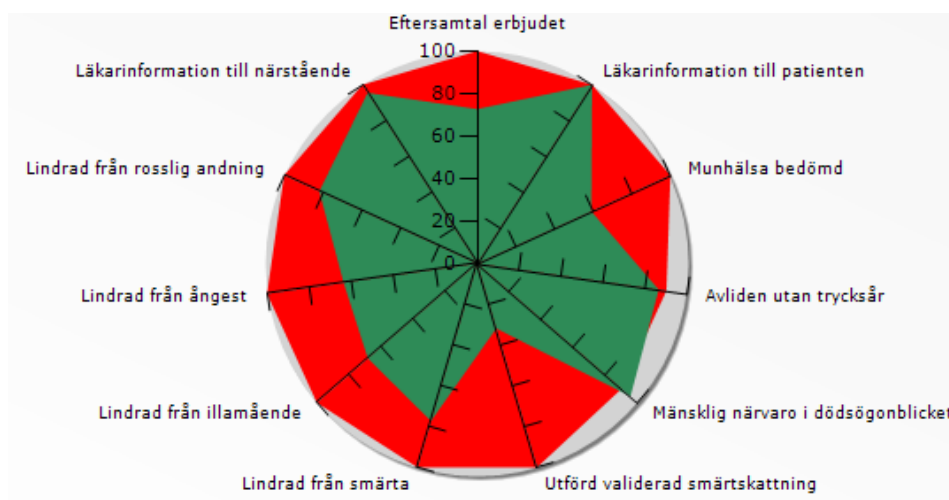
Ett tydligt exempel på denna minskning är Omvårdnad Gävles korttidsenheter. År 2017 var antalet registreringar hos dessa så få att palliativregistret inte tog fram några spindeldiagram för korttidsenheterna av den typ som finns i figurerna 28-29. Denna underregistrering ses som en påtaglig brist i verksamheten och innebär att analysen av resultatet kan bli missvisande.

I registret finns en rad olika uppgifter; exempelvis ångestlindring, 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 blir därför viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett kontinuerligt och strukturerat sätt. Av figurerna 28-29 framgår dock att en mycket låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Inom hemsjukvården var andelen 31,8 procent, och inom vård-

och omsorgsboende 27,7 procent. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan.



Figur 28. Palliativ vård i livets slut 2017, avlidna folkbokförda i Gävle kommun. Vård- och omsorgsboende. Grönt= utfall, rött=målvärde. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 29. Palliativ vård i livets slut 2017, avlidna folkbokförda i Gävle kommun. Ordinärt boende (hemsjukvård). Grönt= utfall, rött=målvärde. Källa: Svenska palliativregistret

Sammanfattningsvis kan det konstateras att förbättringsområden finns framförallt när det gäller följsamhet till registrering i registret och smärtskattning med validerade instrument. Även annan symtomskattning med validerade instrument bör förbättras för att kunna särskilja symtomen och därmed ge rätt behandling. Bedömning av munhälsa är också ett fortsatt prioriterat utvecklingsområde

BPSD-registret

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av

beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och 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 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 livskvalité för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad & ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete & tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden & 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 (se figur 30 nedan).



Figur 30. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.

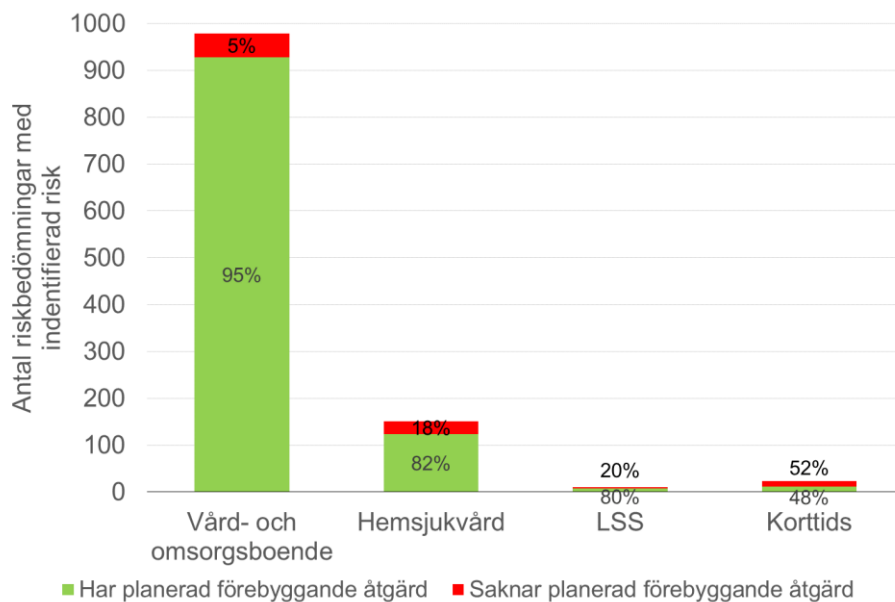
Inom Omvårdnad Gävle ska registrering i BPSD-registret ske för alla kunder med demens. Under 2017 registrerades 266 kunder inom Omvårdnad Gävle i BPSD-registret (en registrering omfattar hela hjulet i figur 21 ovan). Det finns inga uppgifter på det totala antalet kunder med demens, varför det inte går att beräkna en rättvisande täckningsgrad. Den 30/9 2017 fanns dock totalt 514 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård- och omsorgsboenden (egen regi och externa utförare). Man kan därför konstatera att det finns en betydande förbättringspotential då antalet när det gäller registreringar i BPSD.

Senior alert

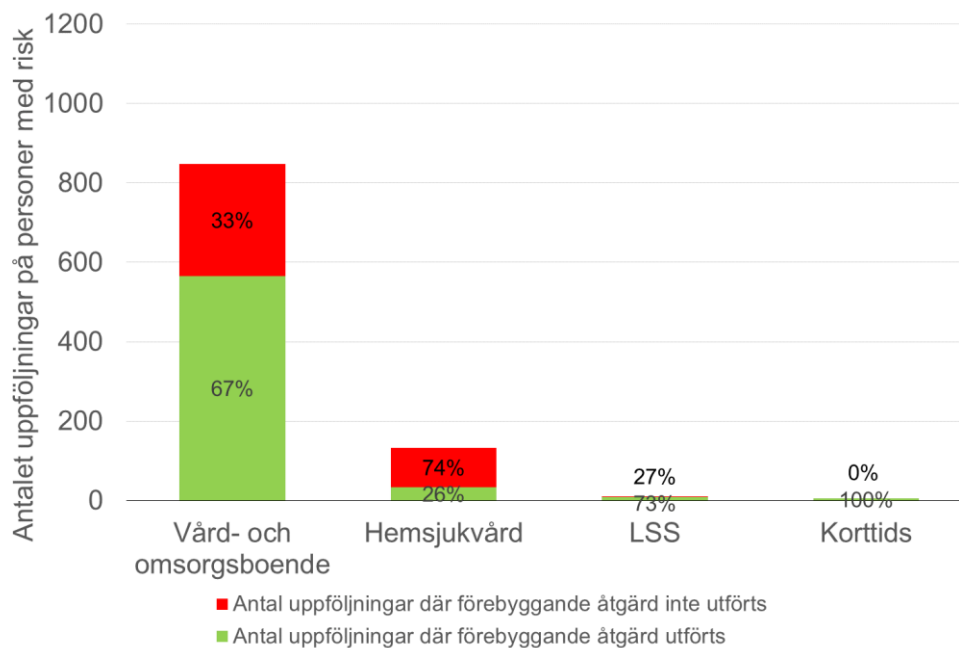
Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg där riskbedömningar, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall,

undernäring, trycksår och munhälsa registreras för personer 65 år eller äldre. Syftet med Senior alert är att kunna förebygga skador och främja hälsan hos personerna som registreras i registret. I Gävle registreras kunder vid vård- och omsorgsboende, kunder vid särskilt boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och servicebostäder) samt kunder inom hemsjukvården i registret (förutsatt att samtycke finns).

Av de totalt 1344 riskbedömningar som gjordes 2017 (1017 unika personer) bedömdes att det förelåg risk för fall, trycksår, undernäring och/eller ohälsa i munnen i 1163 fall. I 92 procent av fallen med risk hade man planerat minst en förebyggande åtgärd i en åtgärdsplan (se figur 31). Av planerade åtgärder hade 62 procent blivit utförda (se figur 32).



Figur 31. Antalet riskbedömningar i Senior alert med identifierad risk. Omvårdnad Gävle 2017.



Figur 32. Antalet uppföljningar på personer med identifierad risk i Senior alert. Omvårdnad Gävle 2017.

Sammanfattningsvis kan konstateras att andelen personer med ”risk” i samtliga skattningsinstrument stämmer väl överens med tidigare år. Jämfört med 2016 så har kunder 2017 med identifierad risk i större utsträckning fått en åtgärdsplan upprättad. De kunder som fått en åtgärdsplan har i ungefär samma utsträckning också fått den genomförd.

Antalet riskbedömningar fortsatte att minska mellan 2016 och 2017 (2017 gjordes ungefär 400 stycken färre riskbedömning än under 2016), vilket är bekymmersamt. Som påpekats tidigare finns det sannolikt flera orsaker till detta, bland annat hög omsättning av personal. En starkt bidragande orsak är troligen också att projektledaren för införandet av Senior alert i Gävle avslutade sitt uppdrag under hösten 2014 och att ansvaret numer ligger direkt på verksamheterna själva.

Nattfasta och nutitionsuppföljning

Människan är komplex och risken för vårdskador kan orsakas av olika anledningar. Undernäring kan bedömas som en vårdskada och ska förebyggas, utredas och behandlas vid behov. För att försöka få en helhetsbild av kundernas nutitionsstatus kopplat till arbetssätt sammanställer och analyserar Omvårdnad Gävle nattfasta, viktutveckling och måltidsmiljö över tid. En viktig del i arbetet med att minska undernäring på Gävles vård- och omsorgsboenden är att minska nattfastan. Målsättningen är att alla personer som behöver ska erbjudas en nattfasta som inte överskrider 11 timmar. Arbetet med att minska nattfastan vid Gävles vård- och omsorgsboenden har pågått systematiskt sedan 2012. Under 2017 genomfördes två mätningar över tre nätter under april respektive oktober. I april 2017 var resultatet 83 procent och i oktober erbjöds 86 procent av kunderna vid vård- och omsorgsboendena en nattfasta som inte överskred 11 timmar.

Viktuppföljning genomförs för att utvärdera individers nutritionstatus gällande energiintag i förhållande till energiförbrukning. Vikt och body mass index (BMI) har tydliga samband med hälsa och funktion. Äldre personer rekommenderas ha ett BMI som inte är lägre än 22. I Senior alert kan man följa upp utvecklingen av BMI på gruppnivå från 2011. Av resultaten för 2016 och 2017 framgår att ca en tredjedel (33 procent respektive 36 procent) av de personer som fått en riskbedömning i Senior Alert har ett BMI under 22. 2011 var samma siffra 40 procent.

En annan viktig aspekt som är mer subjektiv handlar om maten och måltidsmiljön. Måltidsmiljön följs upp minst en gång per år på varje enhet med hjälp av så kallade måltidsobservationer (oftare på förekommen anledning). Utöver detta gör även kostombuden på varje boende själva måltidsobservationer en gång per år på en avdelning som de själv inte jobbar på. Måltidsobservationerna används som diskussionsunderlag på kostmöten och APT för att lyfta goda exempel och identifiera förbättringsområden för varje enhet.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att resultaten i nattfastemätningarna fortsatt är bra. Däremot har andelen med lågt BMI ökat något för 2017 jämfört med tidigare år.

Oönskade händelser

Viktiga delar i Omvårdnad Gävles kvalitetssäkringsarbete är att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (5 kap. 3 § SOSFS 2011:9). Att i enlighet med Lex Maria utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada (3 kap. 3 § PSL). Och att i enlighet med Lex Sarah dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (14 kap. 6 § SoL; 24 e § LSS). Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 6 § SOSFS 2011:9).

Inom Omvårdnad Gävle finns, som beskrevs ovan, rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna. De vidtagna åtgärdernas effekt ska följas upp. Systemet är uppbyggt för att hantera medicinska avvikelser och sociala avvikelser som rapporterats av personal samt synpunkter och klagomål som framförts av kunder, närstående, medborgare eller andra externa parter. Parallellt finns strukturer för att hantera missförhållanden och risker för missförhållanden inom verksamheten (Lex Sarah) samt inträffade allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador (Lex Maria).

Avvikelser

Från och med andra kvartalet 2012 använder Omvårdnad Gävle verksamhetssystemet Treserva för att registrera och hantera sociala och medicinska avvikelser. I tabell 1 redovisas avvikelsestatistik för perioden 20170101–20171231.

En jämförelse mellan 2015, 2016 och 2017 års utfall av rapporterade avvikelser (se tabell 2) visar att avvikelserna minskade mellan 2015 och 2016 för att sedan öka igen mellan 2016 och 2017. Ökningen mellan 2016 och 2017 fanns framförallt bland de sociala avvikelserna inom egenregins vård- och omsorgsboenden, grupp- och servicebostäder samt inom boendestöd. Ökningarna handlade här framförallt om ”insats – ej utförd” och ”insats – felaktigt utförd”. En möjlig delförklaring till ökningen är att man på vissa vård- och omsorgsboenden men framförallt inom grupp- och servicebostäder samt inom boendestöd, under 2017 har arbetat med att öka medvetenheten om vad avvikelser är och när de ska registreras. Därmed kan det vara så att man inom dessa verksamheter blivit bättre på att faktiskt registrera avvikelser när oönskade händelser inträffat.

Bland de medicinska avvikelserna fanns en tydlig ökning inom egenregins vård- och omsorgsboenden som innebar att avvikelserna 2017 återigen låg på samma nivå som 2015. Här handlade det framförallt om fler läkemedelsavvikelser (en ökning med 183 avvikelser) och fallavvikelser (en ökning med 220 avvikelser). Dessa ökningarna motsvarades dock av minskningar av medicinska avvikelser inom andra verksamheter, framförallt minskade fallavvikelserna inom hemsjukvården (en minskning med 259 avvikelser). När det gäller ökningen av läkemedelsavvikelser inom egenregins vård- och omsorgsboenden kan en delförklaring vara en enskild händelse i november där leveransen av läkemedel kom försent, vilket innebar att man på ett vård- och omsorgsboende skrev 50 läkemedelsavvikelser – en för varje kund. När det gäller fallavvikelserna har några kunder med stor fallrisk flyttat från ordinärt boende till vård- och omsorgsboende under 2017, vilket skulle kunna vara en delförklaring till ökningen inom vård- och omsorgsboende och den motsvarande minskningen inom hemsjukvården.

Sedan tidigare är det känt att avvikelshanteringen inom Omvårdnad Gävle är ett utvecklingsområde. Exempelvis har det varit så att medicinska avvikelser rapporterats som sociala avvikelser och att betydande andelar av de registrerade sociala avvikelserna inte borde ha rapporterats som avvikelser över huvud taget. Utöver detta finns det fortfarande, trots ovan nämnda utvecklingsarbeten, skäl att tro att det finns en underrapportering av framförallt sociala avvikelser i Treserva. Sammantaget innebär detta att såväl omfattningen av avvikelser som skillnader mellan år bör tolkas med stor försiktighet. För att komma tillrätta med problemen kommer avvikelshanteringen inom Omvårdnad Gävle att genomgå vissa förändringar under 2018.

Enligt gällande rutin för avvikelshantering ska en sannolikhets- och allvarlighetsbedömning göras inom en vecka efter upprättad avvikelse. Precis som i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2016 kan det konstateras att sådana bedömningar saknades i mycket stor utsträckning bland 2017 års avvikelser (i 3294 av 6109 fall). Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med förändringen av avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om MAS blir informerad om händelsen eller inte.

		Ordinärt boende	Vård- och omsorgs-boende	BoS	Hem-sjukvård	PASS	SUMMA
Medicinska avvikelser	Läkemedel - ej givet	183	514	52	25	0	774
	Läkemedel - felaktig	60	227	16	31	0	334
	Läkemedel - kund avstår - risk	1	15	2	1	0	19
	Behandling - ej utförd	11	81	2	31	0	125
	Behandling - felaktig	11	53	2	12	0	78
	Behandling - kund avstår - risk	1	6	0	1	0	8
	Vårdrelaterad infektion	1	6	2	1	0	10
	Trycksår	1	12	0	1	0	14
	Fall	71	2523	42	193	2	2831
	Själv mord/själv mordsförsök/själv mordstankar	2	4	0	0	0	6
Sociala avvikelser	Insats - ej utförd	444	401	295	0	7	1147
	Insats - felaktigt utförd	140	239	102	0	2	483
	Upprepade fränsägelser - risk	6	8	6	0	0	20
	Hot eller våld av medboende	3	140	37	0	0	180
Avvikelser som avser både social och medicinsk verksamhet	EDV - Oförutsedd händelse	0	0	67	0	0	67
	Sekretessbrott	7	6	0	0	0	13
	Övrigt	0	0	0	0	0	0
	SUMMA	942	4235	625	296	11	6109

Tabell 1. Avvikelser registrerade i verksamhetssystemet Treserva under perioden 20170101–20171231.

	År	Medicinska avvikelser	Sociala avvikelser	Avvikelser som avser både social och medicinsk verksamhet	SUMMA
Vård- och omsorgs-boende (egenregi)	2015	2787	425	3	3215
	2016	2417	454	1	2872
	2017	2849	652	4	3505
Vård- och omsorgs-boende (externa)	2015	677	148	0	825
	2016	674	141	3	818
	2017	592	136	2	730
Grupp- eller servicebostad (egenregi)	2015	65	137	5	207
	2016	48	111	5	164
	2017	92	278	33	403
Gruppbostad (externa)	2015	25	57	2	84
	2016	13	37	2	52
	2017	17	133	31	181
Grupp- eller serviceboende	2015	18	52	6	76
	2016	14	19	4	37
	2017	9	29	3	41
Hemtjänst (egenregi)	2015	329	327	2	658
	2016	334	347	4	685
	2017	289	346	7	642
Hemtjänst (externa)	2015	64	201	3	268
	2016	78	156	0	234
	2017	49	131	0	180
Hemsjukvård	2015	406	0	1	407
	2016	517	0	0	517
	2017	296	0	0	296
Boendestöd	2015	0	46	0	46
	2016	0	35	0	35
	2017	0	77	0	77
Personligt stöd	2015	0	3	0	3
	2016	0	4	0	4
	2017	0	18	0	18
Personlig assistans	2015	1	0	0	1
	2016	2	4	0	6
	2017	2	9	0	11
Övriga	2015	19	31	0	50
	2016	8	18	0	26
	2017	4	21	0	25
SUMMA	2015	4391	1427	22	5840
	2016	4105	1326	19	5450
	2017	4199	1830	80	6109

Tabell 2. Avvikelser registrerade i verksamhetssystemet Treserva under åren 2015, 2016 och 2017.

Synpunkter och klagomål

I tabell 2 redovisas centralt registrerade synpunkter och klagomål, det vill säga sådana synpunkter och klagomål som är diarieförda hos Omvårdnad Gävle. Här kan det handla om såväl synpunkter och klagomål rörande enskilda individer som andra mer övergripande synpunkter och klagomål. Det bör dock noteras att det under den beskrivna perioden har funnits andra kanaler för att lämna synpunkter och klagomål på Omvårdnad Gävles verksamheter. Då denna rapportering är mycket ofullständig redovisas dessa synpunkter och klagomål inte här.

Tittar man på utfallet i tabell 3 kan det konstateras att antalet centralt registrerade synpunkter och klagomål var betydligt färre 2017 jämfört med 2016 och att 2016 därmed kan betraktas som avvikande i förhållande till 2015 och 2017. Värt att notera är dock att antalet synpunkter och klagomål inom hemtjänsten 2017 ligger kvar på samma nivå som 2016 och att synpunkterna och klagomålen gällande boendestöd nära nog fördubblades mellan 2016 och 2017.

	2015	2016	2017
Vård- och omsorgsboende (egenregi)	28	39	26
Vård- och omsorgsboende (externa utförare)	2	6	5
Grupp- eller servicebostad (egenregi)	5	3	5
Gruppboende (externa utförare)	0	9	0
Grupp- eller serviceboende	3	4	2
Hemtjänst (egenregi)	22	35	32
Hemtjänst (externa utförare)	8	12	10
Hemsjukvård	3	7	5
Boendestöd	5	8	15
Personligt stöd	6	2	2
Personlig assistans	3	3	0
Myndighet	11	10	7
Övriga	17	19	13
SUMMA	113	157	122

Tabell 3. Antal centralt registrerade synpunkter och klagomål (beröm exkluderat) fördelade efter verksamhet 2014-2017.

Lex Maria

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41) samt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) gäller anmälningsskyldighet för samtliga verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom Omvårdnad Gävle. Inom Omvårdnad Gävle är det medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som tar beslut om anmälan enligt Lex Maria ska ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS är också den som ansvarar för utredning och information till omvårdnadsnämnden. Under 2017 anmäldes tre Lex Maria till IVO, vilket kan jämföras med nio för 2016.

Av de Lex Maria-anmälningar som gjordes 2017 rörde en hemsjukvården och två vård- och omsorgsboende. Bland de viktiga åtgärder som vidtogs utifrån de brister som identifierades i anmälningarna är att det fortsatt behövs ett omfattande arbete med läkemedelshantering och delegeringar. Medicinska bedömningar av legitimerad personal och dokumentation identifierades som förbättringsområden där åtgärder också har vidtagits. Rutiner har reviderats och implementering av dessa är en prioriterad åtgärd

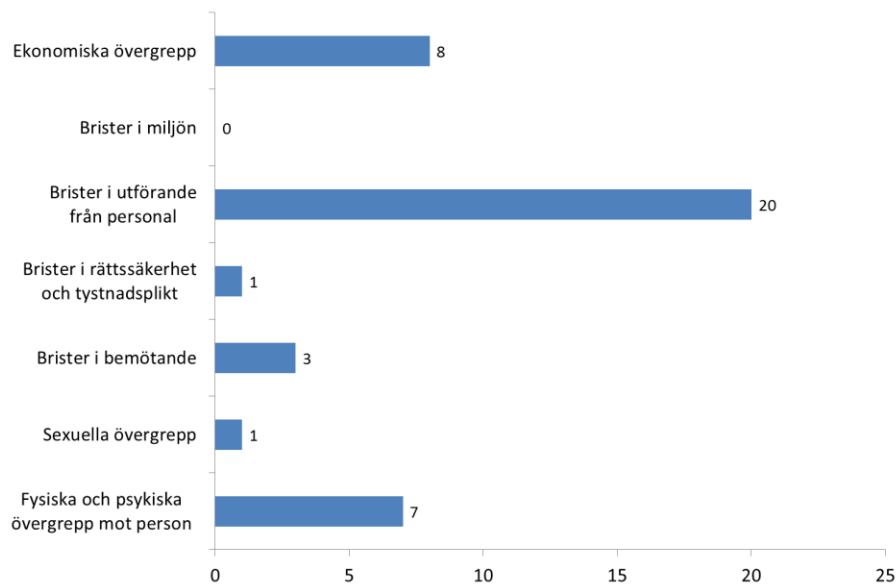
Sammanfattningsvis visade Lex Maria-anmälningar som gjordes 2017 att det fortfarande finns stora brister när det gäller läkemedelshantering och hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation.

Lex Sarah

Enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen och 24 a § i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är samtliga medarbetare som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och i verksamhet enligt LSS skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden inom verksamheten. Rapporteringsskyldigheten gäller för alla personer inom nämndens verksamhet och går konkret ut på att rapportera till närmaste chef. För varje *Lex Sarah-rapport* genomförs en Lex Sarah-utredning. I de fall där en utredning kommer fram till att ett allvarligt missförhållande eller en risk för ett allvarligt missförhållande har förekommit, upprättar socialt ansvarig samordnare en *Lex Sarah-anmälan* till IVO. 2017 inkom totalt 40 Lex Sarah-rapporter från Omvårdnad Gävles verksamheter, vilket är en minskning jämfört med 2016 då 63 rapporter kom in⁹. Jämför man med toppnoteringen 2015 (118 Lex Sarah-rapporter) så är minskningen ännu större. En möjlig bidragande orsak till det stora antalet rapporter år 2015 är att fokus riktades mot Lex Sarah i samband med att det inrättades en ny funktion, socialt ansvarig samordnare (SAS), från och med hösten 2014.

Under 2017 har Omvårdnad Gävle gjort två Lex Sarah-anmälningar till IVO. Utöver dessa har en anmälan gjorts av en extern utförare.

⁹ Observera att siffrorna avser såväl Omvårdnad Gävles egenregi som externa utförare. Detta trots att externa utförare själva utreder Lex Sarah-rapporter.



Figur 33. Antalet Lex Sarah-rapporter inom Omvårdnad Gävles verksamheter (egenregi och externa utförare) 2017 efter kategori.

Bland de 40 Lex Sarah-rapporterna finns 7 rapporter som gällde fysiska och/eller psykiska övergrepp. Det handlade framförallt om övergrepp från medboende. Dessa händelser har skett på vård- och omsorgsboende för personer med demens och på gruppboenden för funktionsnedsatta personer. Nästan hälften av rapporterna handlar om kategorin ”brister i utförande”, exempel på brister är felaktigt utförda insatser, underlåtenhet att utföra insatser, insatser blir inte utförda på grund av missar i överrapportering mellan personalgrupper, kunder som avviker från ett boende utan att personal uppmärksammar det, personal som somnar på sitt arbetspass, personal missar att aktivera rörelselarm och bristande tillgänglighet av personal. Jämfört med 2015 och 2016 har antal rapporter om ”ekonomiska övergrepp” minskat från 30 rapporter 2015 och 10 rapporter 2016 till 8 rapporter 2017.

20 rapporter kom från vård- och omsorgsboenden, 3 rapporter från korttidsboende, 6 rapporter från hemtjänst, 10 rapporter från området för funktionsnedsatta och en rapport från myndighetsenheten.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att antal rapporter minskat i jämförelse med såväl 2015 som 2016 och ligger nu betydligt under de nivåer som rådde åren innan 2015.

Avslutande kommentar

I detta stycke har ett *urval* av de resultat som Omvårdnad Gävle uppnått under året redovisats. Det kan först konstateras att en övervägande andel av de underlag som har funnits tillgängliga för analysgruppen gäller hemtjänst och/eller vård- och omsorgsboende. Som även påpekats i tidigare kvalitets- och

patientsäkerhetsberättelser är mer genomgripande analysunderlag för övriga verksamheter, exempelvis hemsjukvård eller verksamheter för personer med funktionsnedsättning, tydliga utvecklingsområden.

Sammanfattningsvis ger de analyser som redovisats i detta kapitel bilden av verksamheter med en relativt god kvalitet och en relativt hög patientsäkerhet. Det område som får bäst betyg i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning är bemötande; i Gävle svarade 95 procent av kunderna inom hemtjänsten respektive 97 procent av kunderna inom vård- och omsorgsboende att personalen alltid eller oftast bemöter dem på ett bra sätt.

Som redovisats ovan finns också sedan tidigare kända utvecklingsområden, till exempel frågor som rör inflytande samt information om tillfälliga förändringar, inom såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende. Inom vård- och omsorgsboende framkommer även sociala aktiviteter och möjlighet till utevistelse som förbättringsområden. Inom den palliativa vården på vård- och omsorgsboende är smärtskattning med validerade instrument ett utvecklingsområde. Generellt är hanteringen och analysen av klagomål och avvikelser fortsatt ett betydande utvecklingsområde som Omvårdnad Gävle kommer att arbeta med under 2018. Det finns också en förbättringspotential när det gäller personkontinuitet inom hemtjänsten i Gävle. Detta baserat på den observerade stora spridningen på individnivå och den relativt stora skillnaden mellan små och stora utförare.

Referenser

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Hämtad den 26 februari 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Hämtad den 26 februari 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Lindgren, Lena (2006). Utvärderingsmonstret – kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn. Lund: Studentlitteratur.

Ljungberg, Anders & Larsson, Everth (2012). Processbaserad verksamhetsstyrning – varför-vad-hur? Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Markör AB (2017). Vad tycker de närstående om omvårdnaden på särskilt boende? – November 2017. Dnr 17ON187-5

Markör AB (2015). Vad tycker de närstående om omvårdnaden på särskilt boende? – November 2015. Dnr 15ON97-12

Omvårdnad Gävle (2012). Vårdighetsgaranti – vårt kvalitetslöfte till dig som kund. Dnr

Patientsäkerhetslag (2010:659). Hämtad den 26 februari 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialstyrelsen (2011). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012a). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012b). Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012c). Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018). Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialtjänstlag (2001: 453). Hämtad den 26 februari 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Statskontoret (2011). Förutsättningar för en samlad och systematisk uppföljning av kvalitet, produktivitet och effektivitet i offentlig sektor. Rapport 2011:13. Stockholm: Statskontoret.

Omvårdnad Gävle
Box 825
801 30 Gävle
026-17 80 00 (vx)
omvardnad@gavle.se
www.gavle.se

A decorative footer consisting of several overlapping, semi-transparent blue shapes that create a gradient effect, transitioning from a lighter blue at the top to a darker blue at the bottom.