

OMVÅRDNAD GÄVLE
Dnr, 19ON92
Handläggare
Ann-Kristin Carlson Hansen



Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Omvårdnad Gävle 2018

Innehåll

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>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	12
<i>Utveckling och förbättring</i>	12
Projekt	14
Uppdrag	14
Program	14
Portfölj	15
Ledning och styrning av portföljen	16
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – aktiviteter och åtgärder 2018	18
<i>Projekt och uppdrag</i>	18
<i>Samverkan</i>	19
<i>Läkemedel</i>	19
<i>Hygien</i>	19
<i>Nutrition</i>	19
<i>Utbildningsinsatser</i>	20
<i>Kvalitetsdagar</i>	21
<i>Uppföljning och utvärdering av verksamhet</i>	22
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – resultat och analys 2018	24
<i>Självbestämmande, integritet och delaktighet</i>	24
Genomförandeplan och kontaktmannaskap	24
Valmöjlighet	25
Bemötande	26
Trygghet och kontinuitet	27
Information	28
<i>Läkemedelsanvändning</i>	29
<i>Kunskapsbaserade arbetsätt och metoder</i>	30
Följsamhet mot rutiner	30
Svenska palliativregistret	31
Senior alert	34
Nattfasta- och nutitionsuppföljning	35
Avvikelser	36
Synpunkter och klagomål	39
Lex Sarah	40
<i>Avslutande kommentar</i>	41
Referenser	43
Bilaga A – figurer	44

Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
Omvårdnad Gävle 2018

Handläggare Ann-Kristin Carlson Hansen
Dnr 19ON92

Citera gärna ur skriften men ange källa
© Författaren och Gävle kommun 2019-
Grafisk form Pangea design

www.gavle.se

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. Omvårdnad Gävle har sedan 2013 upprättat kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna i ett och samma dokument.

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.

Sammanfattningsvis ger de analyser som redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 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 96 procent av kunderna inom hemtjänsten respektive 90 procent av kunderna inom vård- och omsorgsboende att personalen alltid eller oftast bemöter dem på ett bra sätt. I SKL:s nationella brukarundersökning inom bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad svarar över 80 procent att personalen bryr sig om den svarande.

Det kan konstateras att nattfastan når ett fortsatt gott resultat. Andelen kunder med upptäckt risk för undernäring, fall, trycksår och dålig munhälsa får risken i större utsträckning utredd och åtgärder sätts in och följs upp i större utsträckning. Sammanfattningsvis så sker ett mycket gott arbete i att förebygga undernäring på vård- och omsorgsboenden i Gävle.

Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att Omvårdnad Gävle 2018 gjorde två lex Sarah-anmälningar och två lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utöver dessa gjordes en lex Sarah-anmälan av en extern utförare.

Generellt är hanteringen och analysen av klagomål och avvikelser fortsatt ett betydande utvecklingsområde. Under 2018 genomförde Omvårdnad Gävle omfattande förändringar av rutiner och processer kring avvikelshanteringen.

Det finns 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.

Det finns också en förbättringspotential när det gäller personkontinuitet inom hemtjänsten i Gävle.

Inledning

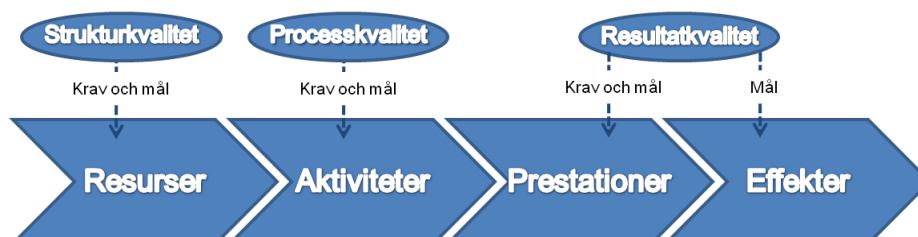
Från och med den 1 januari 2019 har Gävle kommun en ny organisation som innebär att vissa verksamheter som tidigare fanns i fyra olika förvaltningar numera ingår i sektor Vårdförvaltning Gävle. Eftersom denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse avser 2018 kommer vissa strukturer och arbetssätt att beskrivas i dåtid eftersom den tidigare förvaltningen Omvårdnad Gävle nu har upphört. Viktigt att notera är att de flesta av de strukturer och arbetssätt som beskrivs dock fortsatt används inom Vårdförvaltning Gävle.

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 utgjorde utgångspunkten för Omvårdnad Gävles syn på kvalitetsbegreppet. Omvårdnad Gävle valde 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 satte 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 beslutade Omvårdnad Gävle 2013 att fortsatt 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 2018. Därefter redovisas hur det organisatoriska ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet varit fördelat. Efter detta beskrivs hur det systematiska förbättrings- och utvecklingsarbetet var uppbyggt inom förvaltningen. I denna beskrivning ingår redogörelser för hur arbetet med riskanalyser har skett, hur avvikelser och klagomål har hanterats, hur förvaltningen har arbetat med lex Sarah och lex Maria samt hur strukturen för egenkontroll och uppföljning har sett ut. Vidare beskrivs hur Omvårdnad Gävles modell för projekt och uppdrag samt den därtill kopplade portföljstyrningen har sett ut.

Sedan beskrivs hur förbättrings- och utvecklingsarbete bedrivits inom Omvårdnad Gävle och hur samverkan skett i syfte att säkra kvaliteten på de insatser som tillhandahållits i verksamheter som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och hur samverkan skett i syfte att förebygga vårdskador. Efter dessa beskrivningar av de strukturer som låg till grund för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom Omvårdnad Gävle följer en redovisning av vilka aktiviteter, åtgärder och uppföljningar som genomförts under 2018. Avslutningsvis redovisas ett urval av de resultat som uppnåtts under 2018 samt därtill kopplade analyser.

Observera att vissa figurer som refereras i texten (innehållande resultat från olika kund/brukarundersökningar) återfinns i bilaga A.

Övergripande mål och strategier

Omvårdnad Gävle var en uppdragsorienterad organisation med formulerade samhällsuppdrag och kunduppdrag. I dessa uppdragsformuleringar beskrevs vilka krav som ställdes på de tjänster som Omvårdnad Gävle tillhandahöll. Kraven härrörde från såväl lagar och föreskrifter som från omvårdnadsnämndens prioriteringar. Kunduppdragen var i princip grundade på beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och/eller enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa beslut fattades av biståndshandläggare vid myndighetsenheten. Utöver insatser med beslut enligt SoL och LSS ansvarade Omvårdnad Gävle även för förebyggande verksamhet inklusive anhörigstöd och, sedan 2014, för hemsjukvårdsinsatser. Samhällsuppdraget preciserades i nämndens och förvaltningens verksamhetsplanering. Verksamhetsplaneringen bestod av olika delar som var 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 återfanns övergripande målformuleringar för Omvårdnad Gävle. Dessa målformuleringar var kopplade till de fyra perspektiven i omvårdnadsnämndens balanserade styrkort. För 2018 var målen följande:

Medborgare och kunder

- Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med tanke på delaktighet och engagemang
- Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med tanke 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 har attraktiva verksamheter för kunder och medarbetare
- Omvårdnad Gävle bidrar till en bättre miljö genom minskade utsläpp i mark, luft och vatten
- Omvårdnad Gävles verksamheter är effektiva och drivs av 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 skulle, 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 var följande:

- 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 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 hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet var fördelade inom Omvårdnad Gävle under 2018.

Omvårdnadsnämnden svarade 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 hade ett övergripande ansvar för att det fanns ett kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Nämnden fastställde övergripande mål för verksamheten och följde upp målen inom ramen för balanserad styrning. Som ett led i detta rapporterades kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen årligen till nämnden.

Förvaltningschefen eller funktionsansvariga inom

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

Förvaltningsledningen skulle ha en god insyn och informeras i det kvalitetsarbete som bedrevs. Kvalitetsledningssystemet förvaltades av

kvalitetscontrollern som ansvarade för att utveckla det på central nivå och rapportera dess prestanda till förvaltningsledningen för granskning och som underlag för förbättringar. Förvaltningsledningen värderade om ledningssystemet var tillräckligt och effektivt.

Planering och utveckling hade rollen som beställare och kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare. Planering och utveckling ansvarade vidare för att ta fram underlag för mål och resursfördelning

inom ramen för omvårdnadsnämndens samhällsuppdrag. Dessutom medverkade enheten vid upphandlingar och genomförde kvalitetsuppföljningar.

Inom ramen för omvårdnadsnämndens kunduppdrag utredde och beslutade **myndighetsenheten** om insatser till enskilda samt hade tillsynsansvar för den kommunala hälso- och sjukvården. Kunduppdragen följdes upp löpande, exempelvis finns ett löpande uppföljningsansvar för fattade biståndsbeslut.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) hade bland annat rollen som utredare av lex Sarah-rapporter. 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. Syftet med lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till.

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

Verksamhetschef HSL ansvarade för att tillhandahållna tjänster uppfyllde 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 ansvarade för att de tillhandahållna tjänsterna uppfyllde de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter. Verksamheterna genomförde löpande egenkontroller för att säkerställa att beställningar utförts och att genomförandeplaner var uppdaterade.

Systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete

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

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

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 genomfördes efter fastställda tidsintervall inom ramen för kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD.

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

Riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar genomfördes i enlighet med förvaltningens rutin för riskbedömning och konsekvensanalys vid förändrad verksamhet.

Under 2018 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 innebar, enligt förvaltningens principer för ledning och styrning, att verksamheten som helhet regelbundet följdes upp och utvärderades och att resultat och måluppfyllelse beträffande kunder, personal, miljö och ekonomi redovisades. Egenkontroll inom Omvårdnad Gävle handlade om att internt granska i vilken utsträckning verksamheten uppfyllde uppställda krav och mål rörande kund.

Under 2018 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 fanns 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 var 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 fanns 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 2018 genomförde Omvårdnad Gävle omfattande förändringar av rutiner och processer kring avvikelsehanteringen. Från och med den 17 oktober 2018 har en ny processbaserad avvikelsemodul införts och används i verksamhetssystemet Treserva.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För läkarmedverkan i vård- och omsorgsboende, särskilda boenden (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt hemsjukvården finns avtal upprättade. Avtalen fastställer att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras och att samverkan ska ske kring genomförandet av dessa.

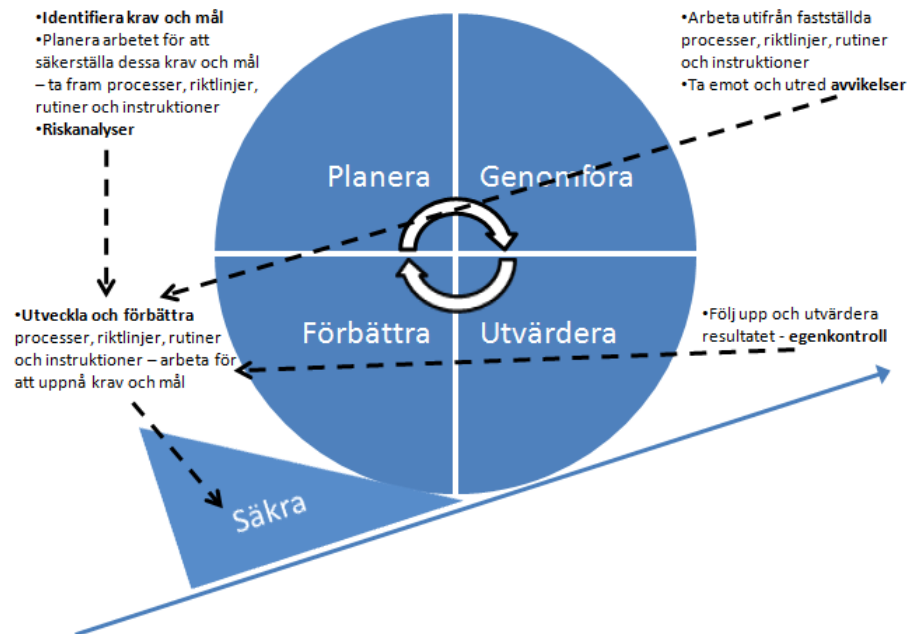
Gävle kommun har tillsammans med övriga kommuner i länet ett avtal med Vårdhygien Gävleborg, som är en enhet inom Region Gävleborg. Vårdhygien Gävleborg arbetar aktivt både i kommun och i regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien Gävleborg står även för 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 2018 beskrivs under stycket "kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2018-aktiviteter och åtgärder".

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

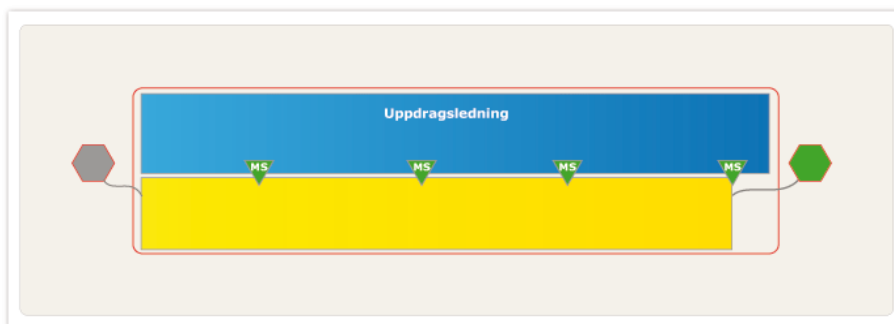
Ett projekt är ett icke återkommande, tidsbegränsat och budgeterat åtagande för vilket ett mål har formulerats. Ett projekt planeras, styrs och genomförs av en tillfällig organisation som är skräddarsydd för projektets speciella behov. Syftet med att arbeta i projektform är att på ett flexibelt och effektivt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



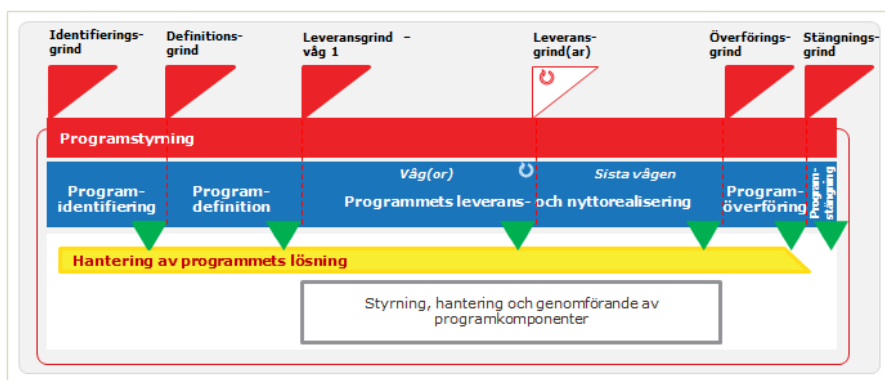
Figur 4. Livscykelmodell för uppdrag

Program

Ett program är en grupp relaterade uppdrag och/eller projekt som var för sig bidrar till ett gemensamt mål (effekt mål). 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 var en stor förvaltning där det årligen genomfördes många utvecklings- och förändringsarbeten. För att balansera och styra vad som skulle och kunde genomföras arbetade 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.

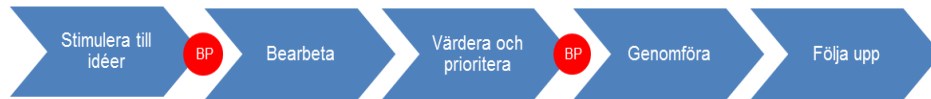
Ansvarig för portföljen (portföljägare) var förvaltningschef och den leddes av en portföljledare, utvecklingschef.



Figur 6. Portföljstyrning

Ledning och styrning av portföljen

För att leda och styra portföljen fanns en framtagen process, portföljprocessen (se figur 7 nedan), som beskrev hur arbetet i portföljen skulle ske och vad som skulle 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 bevakade idéer och initierar behov av beslut. Beslut fattades av ansvarig chef alternativt portföljägare om det var en idé som skulle bearbetas (analyseras), läggas vilande, skickas vidare eller ges avslag.
3. **Bearbeta:**
I fasen togs 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 prioriterades 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 initierade att beslut fattades av portföljägaren om det var ett utvecklings- eller förändringsarbete som skulle avslås, vara vilande eller genomföras samt vilken driftsform (projekt, uppdrag eller program) och ägare.
6. **Genomföra:**
Genomförandet drevs i form av projekt, uppdrag eller program.
7. **Följa upp:**

Ansvaret för uppföljning låg hos respektive ägare och mottagare.

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

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – aktiviteter och åtgärder 2018

Nedan beskrivs några av de aktiviteter som genomförts under 2018 i syfte att nå uppställda krav och mål.

Projekt och uppdrag

Under 2018 har tio projekt och 19 uppdrag i olika omfattning bedrivits. Av dessa kan bland annat nämnas:

- *VR-resor* (Virtual Reality) är en teknik som skapar virtuell verklighet. En del i Omvårdnad Gävles verksamhetsplan var att stödja meningsfullt innehåll i vardagen och bidra till nöjda kunder. VR-resor bedömdes kunna bidra till att stödja meningsfullt innehåll i vardagen. VR-resor var även i linje med Omvårdnad Gävles strategi att ge stöd i vardagen genom tekniska lösningar.
- *Organisationsförändring inom boendestöd* – uppdraget innebar att höja grundkompetensen hos samtliga medarbetare inom socialpsykiatri, använda gemensamma evidensbaserade metoder för att bistå kund i dennes återhämtning från psykisk sjukdom, implementera valda metoder hos samtliga arbetsgrupper för ett likvärdigt stöd och omsorg. Detta ska leda till en förbättrad arbetsmiljö, genom en tydlighet i hur arbetet ska genomföras och att medarbetarna får de verktyg som erfordras för att uppnå en tillfredsställelse i att se kunden utvecklas, ha ett bra bemötande och minskade hot- och våldssituationer.
- *Implementeringsuppdrag individens behov i centrum* (IBIC) innebär ett införande av ett nytt arbetssätt som ger ett ökat inflytande och delaktighet för kunden och därmed en ökad kvalitet. IBIC innebär ett behovsstyrt arbetssätt istället för det insatsstyrda arbetssätt som tidigare tillämpats.
- *Hemvård* - samordning och organisering med ett målinriktat och systematiskt arbetssätt för att skapa ett mervärde för kunder med hemsjukvårds- och/eller hemtjänstinsatser. Hemsjukvården justerades under 2017 för att bidra till att skapa förutsättningar för ett personcentrerat teamarbete och ge likartade förutsättningar oavsett utförare. Därefter genomfördes inom varje hemvårdsområde ett arbete för att utforma ett nytt arbetssätt utifrån kundens behov av stöd. Genom workshops har medarbetare från hemtjänst, myndighet och hemsjukvård, utformat och beslutat om nya arbetssätt och hur man praktiskt kan samarbeta för att nå ökad kontinuitet och delaktighet. Styrgruppen i hemvårdsprojektet beslutade i november 2018 att under två års tid ge stöd vid uppföljningar inom respektive hemvårdsområde med syfte att skapa ett lärande och hållbart arbetssätt. Chefer för hemtjänstutförare gavs ansvar och mandat för att hålla ihop hemvårdsområdets teamträffar.

Samverkan

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.

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.

Under 2018 startade ett mobilt team i samverkan mellan Gävle kommun och Region Gävleborg. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Ambitionen är att kunna optimera vården för äldre med sviktande hälsa eller multisjuka vuxna som bor i ordinärt boende, särskilt boende eller som vistas på en korttidsenhet. Effekten blir att personer med behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser får fortsatt vård i hemmet vilket bedöms medföra ett mervärde för individen, minskat tryck på akuten och färre antal inskrivningar.

Teamet bemannas av läkare från primärvården eller slutenvården, en sjuksköterska från primärvården och en sjuksköterska från kommunen som har ett nära samarbete med biståndshandläggare. Gävle kommun bidrar med två sjuksköterskor till samarbetet.

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. Resultaten analyseras och används sedan som underlag vid uppföljningar av samverkansavtal för läkarmedverkan. Vidare har externa kvalitetsgranskningar genomförts av apotekare på tre vård- och omsorgsboenden och på sex gruppboendestäder under året. Dessa externa granskningar syftade till att säkerhetsställa läkemedelshanteringen i verksamheterna.

Hygien

I samverkan med Vårdhygien Gävleborg har sex hygienronder genomförts på vård- och omsorgsboenden och i gruppboendestäder under 2018. Två utbildningar har genomförts till enhetschefer inom ordinärt boende och inom vård- och omsorgsboende. Två centrala utbildningar har genomförts till omvårdnadspersonal i ordinärt boende samt åtta utbildningar för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor inom vård- och omsorgsboende.

Nutrition

Utveckling och uppföljning av mat, måltider och nutritionsarbete sker kontinuerligt på Gävles kommuns vård- och omsorgsboenden. Under 2018 har kostmöten genomförts med kostombud och enhetschefer. Vidare har

måltidsobservationer genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden vid minst två tillfällen per boende. Matråd är möten där kunder och medarbetare ges möjlighet att komma med synpunkter på maten och menyn. Matråden är frivilliga möten för verksamheterna och genomförs med eller utan medverkan av matleverantör, avtalscontroller för kost och nutitionsansvarig dietist. Då dessa funktioner inte medverkar framför kostombuden kundernas synpunkter och önskemål till dietist som tar informationen vidare till matleverantören. Dietist följer sedan upp och återkopplar eventuella ändringar kring maten och menyn till kostombuden. Matråd är mycket uppskattade av kunderna som i detta forum ges stor möjlighet att påverka både utbud och kvalitet på maten. Under hösten har egen matlagning startats upp på två boenden inom egenregi (Solberga och Gävle Strand), vilket föregicks av rekrytering av två måltidssamordnare. Maten är till minst 80 procent lagad från råvara och uppskattas av kunderna. Nattfastemätningar har genomförts enligt rutin vid två tillfällen.

Utbildningsinsatser

Avvikelsehantering

I september 2017 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete i kraft (HSLF-FS 2017:40). Bland föreskrifterna fanns bland annat krav på avvikelseutredningarnas innehåll och omfattning. Med utgångspunkt i de nya föreskrifterna genomförde Omvårdnad Gävle ett omfattande arbete med utbildningar och workshops riktade till samtliga områdeschefer, verksamhetschefer, enhetschefer sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster inom Omvårdnad Gävle, både internt och externt. Syftet med utbildningarna var att säkerställa att de nya kraven från Socialstyrelsen på utredningar av vårdskador är kända.

Hygienutbildningar

Omvårdnad Gävle hade fortlöpande hygienutbildningar riktade till omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor. Under 2018 har intresset för utbildning varit stort och utbildningarna har skett mera lokalt i verksamheterna än tidigare vilket har lett till positiva effekter som ökad följsamhet till rutiner.

Under 2018 genomfördes utbildning gällande utredning av vårdskador utifrån nya föreskrifter. Utbildningarna gavs till samtliga områdeschefer, verksamhetschefer, enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster inom Omvårdnad Gävle, både internt och externt. Syftet med utbildningarna var att säkerställa att de nya kraven från socialstyrelsen på utredningar av vårdskador är kända.

Nutrition

Som en del av nutitionsansvarig dietists arbetsuppgifter erbjuds verksamheterna föreläsningar inom Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden (egen regi och externa) samt korttidsboenden föreläsningar inom områdena mat,

måltider och nutrition. Under hösten har Forellplan, Selggrensgården och Gävle korttidsenhet bjudit in dietist för att föreläsa om vikten av bra mellanmål.

Social dokumentation

Den sociala dokumentationen ska användas av personal för den individuella planeringen, för handläggningen av ärendet, för genomförandet och för uppföljning av insatsen. Den behövs också för att den enskilde ska kunna få kontinuitet när det gäller beslutade och överenskomna insatser.

Dokumentationen spelar också en viktig roll på en mer övergripande nivå. Den behövs dels för kommunens egen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av verksamheten, dels för statens möjligheter att följa hur verksamheten utvecklas i förhållande till nationella mål, för framställning av statistik och som underlag för forskning inom socialtjänstområdet.

Dokumentation är lagstadgat enligt 11 kap. 5 § eller 7 kap. 3 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 21 a § eller 23 a § första stycket lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Omvårdnadspersonal ska ha erforderlig dokumentationskunskap och ska ansvara för att social dokumentation sker på ett systematiskt sätt för att uppnå rättssäkerhet för kund. Stickprover visar att dokumentationen i social journal är bristfällig och därför har samtliga enhetschefer inom egenregin under 2018 erbjudits utbildning inom social dokumentation utifrån ett utbildningsmaterial, som framtagits av planering och utveckling. Även externa utförare har informerats om utbildningsmaterialet och var det finns att tillgå.

Läkemedelshantering

Omvårdnad Gävle har, under 2018, i samverkan med Region Gävleborg genomfört utbildningsinsatser till ST-läkare inom Regionen avseende läkemedelshantering. Utbildningsinsatserna kommer att löpa under en femårsperiod och är obligatorisk för samtliga ST-läkare.

Kvalitetsdagar

Under tre halvdagar i december genomfördes kvalitetsdagar. Alla inom Omvårdnad Gävles egenregi och externa utförare erbjöds att delta som utställare och/eller besökare. Kvalitetsdagarna innehöll 25 utställare inom funktionsnedsättning, ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, myndighet, planering och utveckling och Club Omvårdnad. Kvalitetsdagarna besöktes av cirka 100 personer.

Bland annat fanns utställare inom;

- Funktionsnedsättning - aktiv fritid, delaktighetsmodellen, insatser enligt LSS och Funca.
- Ordinärt boende – vinster med sammanslagning inom dagverksamheter, anhörigstöd, personliga ombud, nyckelfria lås och vad en arbetsterapeut och fysioterapeut gör på jobbet.

- Vård- och omsorgsboende – utvecklat introduktionsprogram med hjälp av valda introduktionsombud i verksamheten, arbete med aktiviteter för kunder och Silviacertifiering.
- Myndighet – mobila teamet som är ett gemensamt team tillsammans med Region Gävleborg i syfte att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser och lärlabb, ett arbetssätt för att arbeta med kompetensutveckling internt.
- Planering och utveckling – inspiration för en hållbar verksamhet och 18 000 kundmöten varje dag – vad hör du som träffar kunder och anhöriga, vad är viktigt för dem.

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.

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 2018 har följande uppföljningar/utvärderingar genomförts:

Avtalsuppföljningar:

- Frösunda Omsorg AB, sex gruppboende (entreprenad). Två uppföljningar, såväl januari och december 2018
- Vardaga AB, Tallåsvägen 22, vård- och omsorgsboende (entreprenad)
- Vardaga Opalen AB, Villa Vallonen, vård- och omsorgsboende (ramavtal)

Uppföljningar:

- Uppföljning av hemtjänst enligt lagen om valfrihetssystem, LOV 2018. I tjänsteskrivelsen med dnr. 19ON26 presenteras en sammanställning av verksamhetsåret 2018 inom LOV.

Tillsyn:

- Elvinas Omsorg och rehabilitering AB

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under våren 2018 en uppföljning av tidigare verksamhetstillsyn inom hemsjukvården (2016 – 2017). IVO skriver i rapporten från uppföljningen våren 2018 att intern samverkan och informationsöverföring mellan yrkeskategorier fungerar bättre i sin helhet.
- Hösten 2018 gjorde IVO en uppföljning på en lex Sarah-anmälan från 2017. Syftet med inspektionen var att följa upp om verksamheten genomfört åtgärderna som redovisades i anmälan.

Egenkontroll:

- Följsamhet mot ledningssystemets rutiner och riktlinjer våren 2018.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete – resultat och analys 2018

Nedan redogörs för några av de resultat som uppnåtts under 2018. De redovisade resultaten är ett urval av de resultat som Omvårdnad Gävle uppnådde under 2018. 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), Caroline Ågren (MAS), Ulla Hamrén (SAS), Linnéa Skytt (NAD) och Patrik Bergman (kvalitetscontroller). Utöver denna grupp har även utredarna Carina Zettlin, Oskar Andersson och Ann-Kristin Carlson Hansen bidragit med vissa underlag.

Självbestämmande, integritet och delaktighet

Enligt såväl socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvårdslagen ska vård och omsorg bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet (1 kap. 1§ och 3 kap. 5 § SoL, 6 § LSS och 5 kap 1§ HSL). För att dessa kvalitetskrav skulle 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 utformningen och planeringen av de beviljade insatserna i *genomförandeplanen* och *kontaktmannaskapet* fram som viktiga verktyg för att säkra den enskildes rätt till delaktighet och inflytande.

I Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning 2018 uppgav enhetscheferna inom hemtjänsten i Gävle att 95 procent av kunderna har en namngiven kontaktman.

Vidare uppgav enhetscheferna inom hemtjänsten i Gävle att 82 procent av kunderna har en aktuell genomförandeplan, motsvarande siffra inom vård- och omsorgsboende var 90 procent och inom bostad med särskild service enligt LSS 97 procent. När det gäller kunder inom gruppboenden, serviceboenden, personlig assistans, boendestöd och personligt stöd tycks andelen aktuella genomförandeplaner under 2018 ha varit på liknande nivåer som ovan nämnda verksamheter.

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 att uppgifterna tagits direkt ur verksamhetssystemet Treserva. Av denna anledning redovisas inga procentandelar i dessa fall.

I omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti framgår att genomförandeplanen bland annat ska ge en möjlighet att påverka när de beviljade insatserna ska utföras. Av de svarande i Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013 - 2018 framgår att 60 - 63 procent alltid eller oftast ansåg att man kunde påverka vid vilka tider personalen utförde de beslutade insatserna (se figurerna A1-A2 i bilaga A).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att underlaget tyder på att en relativt stor andel av Omvårdnad Gävles kunder hade en namngiven kontaktman och aktuella genomförandeplaner, i enlighet med omvårdnadsnämndens intentioner i Värdighetsgarantin. Dock kvarstår arbetet inom Valfärd Gävle med att utöka kundernas möjlighet att påverka vid vilka tider de beviljade insatserna ska utföras.

Valmöjlighet

En annan viktig aspekt i kundens möjlighet till inflytande och påverkan som lyfts fram i omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti 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 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 77 procent för 2018. Andelen som svarat ”ja” fortsätter alltså att stiga (se figur A3 i bilaga A).

Att kunna välja utförare av hemtjänst eller vård- och omsorgsboende är en slags valfrihet där individen väljer endast en eller några få gånger. Andra former av valmöjligheter är dock betydligt mer frekventa i vardagen, exempelvis möjligheten att välja maträtt på sitt vård- och omsorgsboende. I Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende uppgav 84 procent av de svarande att de erbjuds möjlighet att välja en alternativ maträtt vid dagens huvudmål. I motsvarande undersökning inom bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad uppgav 100 procent av de svarande att de erbjuds möjlighet att välja en alternativ maträtt vid dagens huvudmål.

En annan viktig aspekt på mat och måltider är måltidsmiljön, vilket är ett så kallat ”mjukt” värde och därmed svårt att mäta. Måltidsmiljön följs upp en gång per år eller oftare på förekommen anledning på varje vård- och omsorgsboende via så kallade måltidsobservationer av nutritionsansvarig dietist. Utöver detta är även lokala så kallade kostombud på varje boende ålagda att genomföra måltidsobservationer en gång per år på en avdelning som de själva inte jobbar på. Vid måltidsobservationerna används en checklista med frågor om bland annat måltidsmiljön, serveringen, valmöjligheter och bemötande. En till två avdelningar som ska observeras väljs slumpvis ut vid ankomst till boendet.

I största allmänhet upplevs matsituationerna mycket trivsamma och lugna, utan störande ljud. En eller flera medarbetare finns alltid på plats för att servera och hjälpa kunderna. Det som genomgående saknades vid observationerna under 2018 var tillämpning av karottsystem (servera mat från karotter på bordet) och framdukning av tillbehör så som bröd och smör. Endast fyra av 14 besökta avdelningar hade karottsystem.

I Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende framkom att 78 procent av de svarande uppgav att maten smakade mycket bra eller ganska bra. Vidare uppgav 70 procent av de svarande i samma undersökning att måltiderna var en trevlig stund på dagen (se A4-A5 i bilaga A).

I Socialstyrelsens nationella brukarundersökning framkommer att man som kund inom Gävle kommuns vård- och omsorgsboende, uppgav att det fanns möjlighet att välja tid för såväl när man vill gå och lägga sig på kvällen som när man vill stiga upp på morgonen. I motsvarande undersökning inom bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad uppgav nära 90 procent av de svarande att de fick den hjälp de ville ha och att de fick bestämma om saker som är viktiga hemma. I Omvårdnad Gävles boendestödsundersökning 2018 framgår att 84 procent av de svarande uppgav att det är viktigt eller väldigt viktigt att deras val blir respekterade (se figur A6 i bilaga A).

Sammanfattningsvis kan konstateras att valmöjligheten är ett område som kunderna uppfattar vara av stor betydelse. Arbetet med valmöjligheten kommer fortsättningsvis att vara ett prioriterat område inom Valfärd Gävle för att höja kundens inflytande och därmed bidra till en ökad delaktighet. Ett förbättringsområde är måltidsmiljön och tillämpningen av karottsystem, där hänsyn till kunder med demenssjukdom beaktas då karottservering kan vara svårt att genomföra.

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 och det framkommer även i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (SOSFS 2014:2). 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 2018 på 96 procent för hemtjänsten och 90 procent för vård- och omsorgsboende. Det kan noteras att

andelen som svarade att man alltid blir bemött på ett bra sätt var högre inom hemtjänsten än inom vård- och omsorgsboende (se figurer A7-A8 i bilaga A).

I SKL:s nationella brukarundersökning bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad uppgav över 80 procent av de svarande att personalen bryr sig om brukaren (se figur A9 i bilaga A).

Sammanfattningsvis tyder det mesta på att bemötandet är ett område där kvaliteten inom Omvårdnad Gävle var 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). Av LSS framgår att personer som anges i 1 § och har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7§ LSS).

I omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti lyfts också trygghet och kontinuitet fram som viktiga begrepp.

Av resultaten i Socialstyrelsens nationella brukarenkät 2013 - 2018 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 (se figurer A10-A11 i bilaga A).

Av samma undersökning framgår också att runt 82 - 89 procent av Omvårdnad Gävles kunder inom såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende svarade att man hade förtroende för alla eller flertalet i personalen. Det kan dock noteras att andelen svarande inom vård- och omsorgsboende som uppgav att man enbart hade förtroende för några i personalen successivt har ökat från 9 procent 2013 till 18 procent 2018 (se figurer A12-A13 i bilaga A).

I SKL:s nationella brukarundersökning bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad uppgav över 80 procent av de svarande att de kände sig trygga med alla i personalen (se figur A14 i bilaga A).

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 2018. Tittar man på Gävles resultat mer i detalj så kan man konstatera att kontinuiteten på individnivå varierade mellan en och 27 personal under den undersökta 14-dagarsperioden. 25 procent av kunderna

mötte färre än tio personal, 50 procent av kunderna mötte mellan tio och 16 personal och 25 procent av kunderna mötte fler än 16 personal.

Även om resultaten från 2017 inte var helt jämförbara med 2018 års resultat, så kan det konstateras att det skett en förbättring mellan mätningarna. 2017 låg såväl medel- som medianvärdena på 15 personal under mätperioden, medan motsvarande siffror för 2018 låg på 13 personal. Även spridningen var något mindre 2018, jämfört med 2017.

I Omvårdnad Gävles boendestödsundersökning 2018 framgår att 43 procent av de svarande uppgav att det var viktigt eller väldigt viktigt att de oftast får stöd av samma personal (se figur A15 i bilaga A).

Information

Av Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen framkommer att 46 procent inom vård- och omsorgsboende och 68 procent inom hemtjänst svarat att de alltid eller oftast får information om tillfälliga förändringar. I Omvårdnad Gävles boendestödsundersökning 2018 uppgav 71 procent av de svarande att det är viktigt eller väldigt viktigt att få den information som behövs (se figurer A16, A17 och A18 i bilaga A).

En viktig aspekt som lyfts fram i Omvårdnadsnämndens värdighetsgaranti är informationen till den enskilde kunden. 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. Sammanfattningsvis kan det konstateras att det verkar finnas förbättringsområden för Valfärd Gävle när det gäller information till kunderna inom vård- och omsorgsboende men även inom hemtjänst.

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 dagverksamheter² och träffpunkter³. För personer med psykiska funktionsnedsättningar finns i Gävle exempelvis aktivitetshuset Nygården och träffpunkten Moränen.

I projektet "Aktiv fritid" (som avslutades 2017) arbetade projektledaren med en aktiv kultur- och fritidsverksamhet för personer som har insatser enligt LSS I Gävle. Projektledaren har efter projektets slut även under 2018 arbetat cirka 33

² 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.

³ 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.

procent av sin arbetstid med att samordna kulturombud och aktiviteter. Vid träffar med deltagare i de olika aktiviteterna har det framkommit att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds, ”...det är svårt att välja, det blir för dyrt att vara med på allt”.

En meningsfull tillvaro för äldre vid vård- och omsorgsboenden kan exempelvis handla om möjligheten att komma ut. Av en enkät som SKL genomförde 2018 inom ramen för KKiK framgår att det vid 98 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 (se figur A19 i bilaga A).

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 2018 inom ramen för KKiK framgår att det vid 53 procent av boendeplatserna i Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden erbjöds minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar. I Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar är sociala aktiviteter inom vård- och omsorgsboende ett område som återkommande får låga betyg 61 procent (se figur A20 i bilaga A). När det gäller gruppboendestäder och serviceboendestäder i Gävle hade samtliga kunder, enligt KKiK-enkäten, möjlighet till så många individuellt anpassade aktiviteter i veckan som hen önskade.

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. Som påpekats i tidigare års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser tyder underlaget på att möjligheterna till utevistelse vid Gävles vård- och omsorgsboenden är ett förbättringsområde.

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 2018 skiljer inte ut sig nämnvärt från tidigare årsresultat. Något som dock noteras är att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar har minskat både på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården. Det har även identifierats att personer som har fler än tio läkemedel ordinerade har ökat under de senaste två åren. Ökningen har främst skett på vård- och omsorgsboende men även i hemsjukvården har en gradvis ökning skett.

98 procent av alla som bor på vård- och omsorgsboende (inklusive korttidsenheten) deltar i undersökningen och 71 procent av kunderna inom hemsjukvården är inkluderade. Detta beror främst på att de kunder i hemsjukvården som inkluderas är kunder där läkemedelshandlingen har bedömts som hälso- och sjukvård.

Sammanfattningsvis kan konstateras att resultatet för 2018 visar att det finns områden som bör prioriteras vid ett utvecklingsarbete och detta gäller att öka antalet läkemedelsgenomgångar vilket på sikt troligen kommer att leda till minskat antal personer med mer än tio läkemedel förskrivna.

Kunskapsbaserade arbetsätt 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 (strukturkvalitet) och personalens användande av arbetsätt och metoder (processkvalitet).

Följsamhet mot rutiner

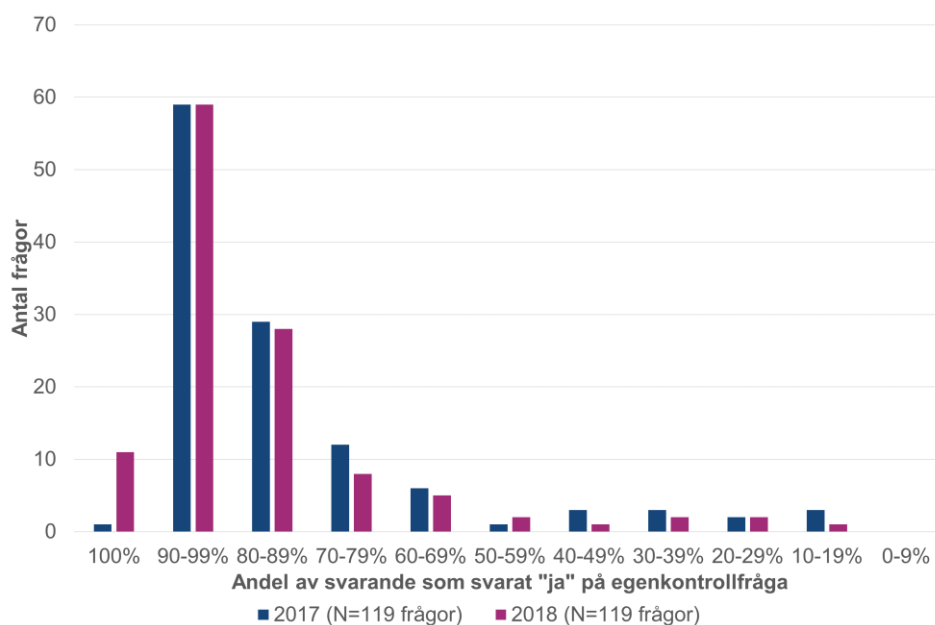
Under mars-april 2018 genomfördes Omvårdnad Gävles förvaltningsövergripande egenkontroll. Konkret genomfördes den så att enhetschef; i förekommande fall med stöd av verksamhetschef HSL, fick svara på ett stort antal frågor kring följsamheten mot rutiner och riktlinjer i Omvårdnad Gävles ledningssystem. 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 8 nedan finns en grov sammanställning av resultatet av egenkontrollerna 2017-2018. I figuren har frågor som endast berörde en eller ett fåtal verksamheter exkluderats⁴. Detta för att enskilda verksamheters svar på sådana frågor skulle få orimligt stort genomslag i figuren.

⁴ Detta handlar framförallt om sådana frågor som specifikt riktades mot Myndighet.

Av figuren går att utläsa att den självrapporterade följsamheten mot rutiner och riktlinjer i ledningssystemet 2018 tycks ha varit relativt god. Det är inte någon stor skillnad mellan resultaten för 2017 och 2018. Det går dock att skönja en liten förbättring i att något fler enheter svarade ”ja” på samtliga frågor 2018 jämfört med 2017. Förbättringen har framförallt skett när det gäller frågor som rör hälso- och sjukvård. Exempelvis svarade 100 procent av de tillfrågade enheterna ja på frågan ”ordineras och hanteras läkemedel enligt gällande rutin”, vilket kan jämföras med 88 procent 2017.

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.



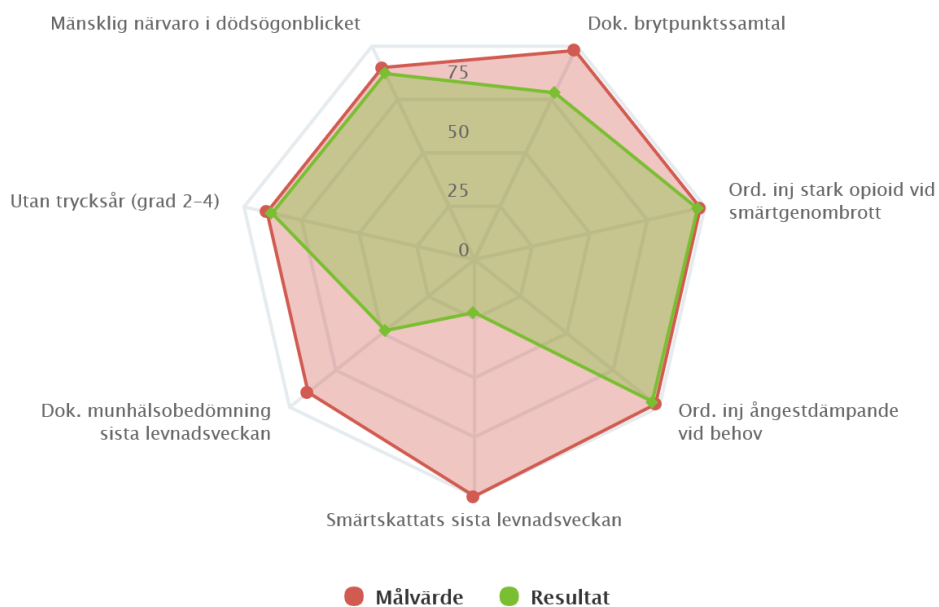
Figur 8. Antal frågor i Omvårdnad Gävles egenkontroller 2017 och 2018, uppdelade efter andelen ja-svar. Frågor med minst 10 svarande.

Svenska palliativregistret

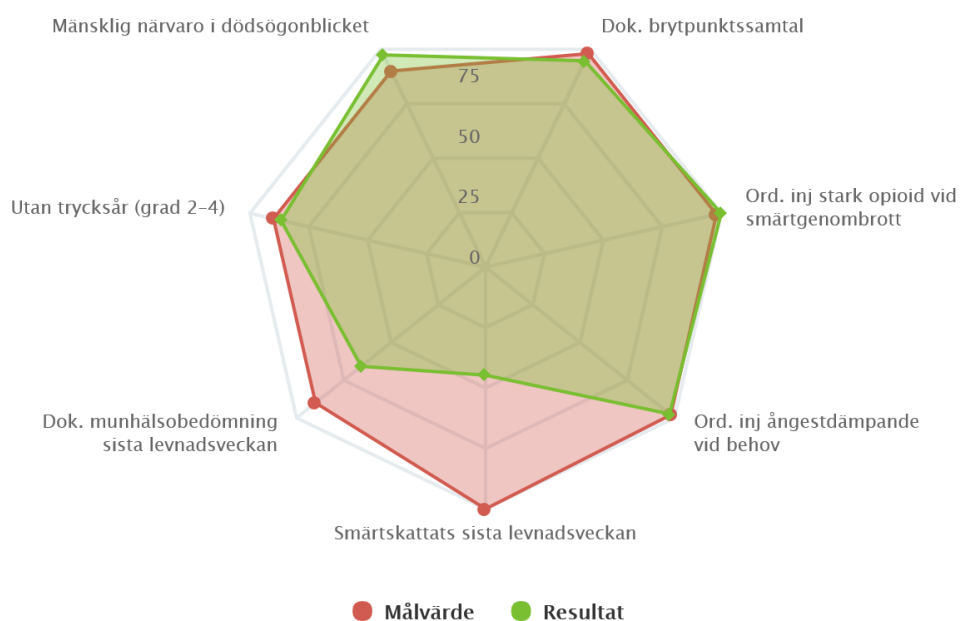
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Omvårdnad Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2018 rapporterades 54 procent av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret. Detta innebär att antalet registreringar har minskat med 20 procent de senaste fem åren.

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 9-10 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 46,8 procent, och inom vård- och omsorgsboende 34,1 procent. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan. Detta ses som ett angeläget förbättringsområde. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som ett förbättringsarbete är genomförda brytpunktssamtal på vård och omsorgsboende samt munhälsobedömningar.



Figur 10. Palliativ vård i livets slut 2018, avlidna folkbokförda i Gävle kommun. Vård- och omsorgsboende. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 9. Palliativ vård i livets slut 2018, avlidna folkbokförda i Gävle kommun. Ordinärt boende (hemsjukvård). Källa: Svenska palliativregistret

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 sömnrörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

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

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI, som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista och därefter vidtas åtgärder (se figur 30 nedan).



Figur 11. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.

Under 2018 registrerades 273 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 31/12 - 2018 fanns det totalt 522 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård- och omsorgsboenden (egenregi och externa utförare). Man kan därför konstatera att det finns en betydande förbättringspotential 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 förebygga vårdsador och främja hälsan hos personerna som registreras i registret. Registret fungerar även som en arbetsmetod då det ger möjlighet till att följa enskilda individer genom riskbedömning, orsaksutredning, åtgärder och uppföljning. I Gävle registreras kunder vid vård- och omsorgsboende, kunder vid särskilt boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt kunder inom hemsjukvården i registret.

År	Antal riskbedömningar	Antal unika personer	Rb med risk (%)	Bakomliggande orsaker till risk (%)	Åtgärdsplan vid risk (%)	Utförda åtgärder (%)
2018	1153	837	86	90	95	76
2017	1289	966	86	80	92	62
2016	1787	1342	88	43	73	61

Tabell 1. Vårdprevention och utfall i Senior Alert.

Av de totalt 1153 riskbedömningar som gjordes 2018 (837 unika personer) bedömdes att det förelåg risk för fall, trycksår, undernäring och/eller ohälsa i munnen i 86 procent av bedömningarna. För 90 procent utav dessa har man identifierat orsaken eller orsakerna till riskerna. Man har satt in en åtgärdsplan i 96 procent av fallen med risk och av dessa har 76 procent blivit utförda. Andelen personer med risk i samtliga skattningsinstrument stämmer väl överens med tidigare år. Jämfört med 2017 så har kunder 2018 med identifierad risk i större utsträckning fått en åtgärdsplan upprättad. De kunder som fått en åtgärdsplan har också i större utsträckning fått den genomförd, men en förbättring av 14 procentenheter, vilket är ett mycket bra resultat. Sammanfattningsvis kan man se att andelen som fått utredning, åtgärdsplan och uppföljning efter sin riskbedömning har ökat kraftigt sedan 2016, även om antalet riskbedömningar totalt sett har minskat.

Viktuppföljning ska genomföras två gånger per år eller oftare enligt vårdplan för att utvärdera energiintag i förhållande till energiförbrukning för att förebygga undernäring. 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 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. Resultatet för 2018 visar att andelen med för lågt BMI ligger kvar på samma nivå som året innan (36 procent).

Nattfasta och nutitionsuppföljning

Förebyggande av undernäring och behandling vid risk för undernäring eller konstaterad undernäring är centrala delar i arbetet kring nutritionen och dessa delar är även reglerade via Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10). För att få en helhetsbild av kundernas nutitionsstatus kopplat till arbetssätt analyserar Gävle kommun nattfasta, viktutveckling och måltidsmiljö över tid.

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

Under 2018 genomfördes två mätningar över tre nätter under mars och oktober. Vid oktobermätningen mättes också alla dygnets måltider för att få en bild av hur många måltider som erbjuds totalt under ett dygn.

Vårens mätresultat på 76 procent visade på en försämring sedan året innan. Höstens mätning visade åter igen på ett högre resultat, där 83 procent av kunderna erbjöds en tillräckligt kort nattfasta.

Dygnsmätningarna i oktober visade på att i snitt erbjuds 6,4 måltider på Gävles vård- och omsorgsboenden per kund och dygn, vilket går i linje med Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer om minst sex måltider per dygn.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att nattfastan når ett fortsatt gott resultat och andelen med för lågt BMI ligger på samma nivå som tidigare år. Andelen kunder med upptäckt risk för undernäring, fall, trycksår och dålig munhälsa får risken i större utsträckning utredd och åtgärder sätts in och följs upp i större utsträckning. Sammanfattningsvis så sker ett mycket gott arbete i att förebygga undernäring på vård- och omsorgsboenden i Gävle.

Oönskade händelser

Viktiga delar i Omvårdnad Gävles kvalitetssäkringsarbete har varit 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 har under 2018 funnits, 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).

Avvikelse

Från och med andra kvartalet 2012 använder Omvårdnad Gävle verksamhetssystemet Treserva för att registrera och hantera sociala och medicinska avvikelser. I tabell 2 redovisas avvikelsestatistik för perioden 20180101–20181231.

Sedan tidigare är det känt att avvikelshantering 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. Det har också funnits skäl att tro att det funnits 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. Som en del i arbetet med att komma tillrätta med problemen genomfördes stora förändringar av rutiner och processer för avvikelshantering under 2018. Av denna anledning finns i tabell 2 vissa kategoriseringar av avvikelserna som gällde fram till oktober 2018 och andra som gäller från och med oktober 2018.

I Omvårdnad Gävles kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2017 gjordes en jämförelse mellan 2015, 2016 och 2017 års utfall av rapporterade avvikelser. Denna visade att avvikelserna minskade mellan 2015 och 2016 för att sedan öka igen mellan 2016 och 2017. Jämför man på samma sätt utfallen mellan 2017 och 2018 kan det konstateras att antalet registrerade avvikelser 2018 var färre än 2017 (6109 avvikelser 2018 jämfört med 5663 avvikelser 2017). På grund av att avvikelshantering i Treserva, som nämndes ovan, gjorts om i grunden under 2018 kan jämförelsen mellan åren vara missvisande.

Enligt gällande rutin för avvikelshantering ska en sannolikhets- och allvarlighetsbedömning göras inom en vecka efter upprättad avvikelse. Precis som i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2017 kan det konstateras att

sådana bedömningar saknades i stor utsträckning bland 2018 års avvikelser (i 2424 av 5663 fall). Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med förändringen av avvikelshanteringens då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om MAS blir informerad om händelsen eller inte.

		Ordin ärt boend e	Vård- och omsorgs- boende	BoS	Hem- sjuk- vård	PASS	SUMMA
Medicinska avvikelser	Läkemedel - ej givet (fram till oktober 2018)	91	366	38	17	0	512
	Läkemedel - felaktig (fram till oktober 2018)	26	137	9	35	0	207
	Läkemedel - kund avstår - risk (fram till oktober 2018)	1	11	2	0	0	14
	Behandling - ej utförd (fram till oktober 2018)	8	37	1	18	0	64
	Behandling - felaktig (fram till oktober 2018)	7	27	1	19	0	54
	Behandling - kund avstår - risk (fram till oktober 2018)	1	4	0	2	0	7
	Vårdrelaterad infektion (fram till oktober 2018)	0	1	0	0	0	1
	Trycksår (fram till oktober 2018)	0	8	0	3	0	11
	Fall (fram till oktober 2018)	25	1593	33	176	4	1831
	Självord/självordsförsök/självordstankar (fram till oktober 2018)	0	1	1	0	0	2
	Läkemedelshantering (fr.om. oktober 2018)	126	149	37	50	1	363
	Fallolycka (fr.om. oktober 2018)	28	529	16	42	6	621
	Medicinsk behandling (fr.om. oktober 2018)	3	19	11	10	0	43
Sociala avvikelser	Insats - ej utförd (fram till oktober 2018)	408	308	133	0	6	855
	Insats - felaktigt utförd (fram till oktober 2018)	99	188	75	0	5	367
	Upprepade fränsägelser - risk (fram till oktober 2018)	5	11	3	0	0	19
	Hot eller våld av medboende (fram till oktober 2018)	13	91	38	0	0	142
	Social insats (fr.om. oktober 2018)	31	8	5	0	0	44
	Handläggning (fr.om. oktober 2018)	2	0	0	0	0	2
Avvikelser som avser både social och medicinsk verksamhet	EDV - Oförutsedd händelse (fram till oktober 2018)	0	0	52	0	1	53
	Sekretessbrott (fram till oktober 2018)	2	14	0	1	0	17
	Informationsöverföring (fr.om. oktober 2018)	11	4	2	22	0	39
	Brister i utrustning och teknik (fr.om. oktober 2018)	0	3	0	0	0	3
	Utebliven/försenad leverans (fr.om. oktober 2018)	1	2	0	0	0	3
	Kategorisering saknas	53	77	14	8	0	152
	SUMMA	995	3724	516	403	25	5663

Tabell 2. Avvikelser registrerade i verksamhetssystemet Treserva under perioden 20180101-20181231.

Synpunkter och klagomål

I tabell 3 redovisas centralt registrerade synpunkter och klagomål, det vill säga sådana synpunkter och klagomål som diarieförts 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 något fler 2018 jämfört med 2017. Det går dock inte att se någon tydlig förändring på verksamhetsnivå.

	2015	2016	2017	2018
Vård- och omsorgsboende (egenregi)	28	39	26	28
Vård- och omsorgsboende (externa utförare)	2	6	5	9
Grupp- eller servicebostad (egenregi)	5	3	5	7
Gruppboende (externa utförare)	0	9	0	4
Grupp- eller serviceboende	3	4	2	1
Hemtjänst (egenregi)	22	35	32	27
Hemtjänst (externa utförare)	8	12	10	12
Hemsjukvård	3	7	5	4
Boendestöd	5	8	15	6
Personligt stöd	6	2	2	2
Personlig assistans	3	3	0	0
Myndighet	11	10	7	11
Övriga	17	19	13	20
SUMMA	113	157	122	131

Tabell 3. Antal centralt registrerade synpunkter och klagomål (beröm exkluderat) fördelade efter verksamhet 2015-2018.

Lex Maria

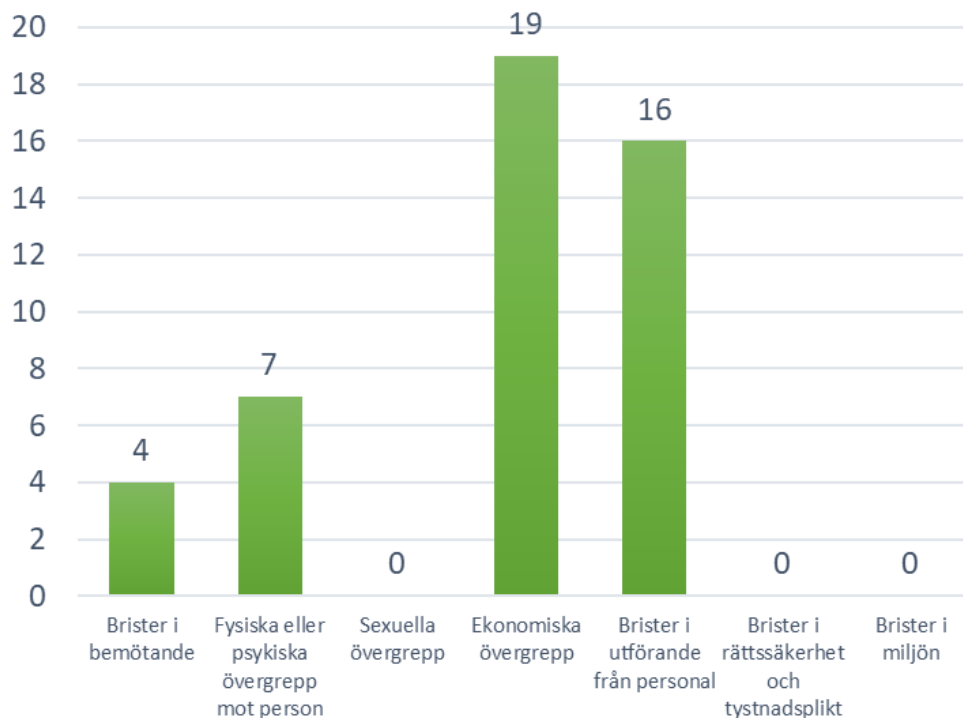
Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41) samt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) gäller anmälningsskyldighet för samtliga verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom Gävle kommun. Inom Gävle kommun är det medicinskt ansvarig 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 utökad utredning och information till omvårdnadsnämnden. Under 2018 anmälde två Lex Maria till IVO.

Av de Lex Maria-anmälningar som gjordes 2018 rörde en hemsjukvård och en vård- och omsorgsboende. Bland de viktiga åtgärder som vidtogs utifrån de

brister som identifierades i anmälningarna är bättre introduktion och kompetenshöjande åtgärder för personalen. Medicinska bedömningar av legitimerad personal och dokumentation identifierades även som förbättringsområden där åtgärder har vidtagits.

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 socialt ansvarig samordnare (SAS). 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. 2018 inkom totalt 46 Lex Sarah-rapporter från Omvårdnad Gävles verksamheter inklusive de externa utförarna, vilket är en ökning jämfört med 2017 då 40 händelser rapporterades in enligt lex Sarah. 2018 kom 41 rapporter av 46 från verksamhet som bedrivs i Omvårdnads Gävles egen regi och fem rapporter från externa utförare.



Figur 12. Antalet lex Sarah-rapporter inom Omvårdnad Gävles verksamheter (egenregi och externa utförare) 2018 efter kategori.

Bland de 46 lex Sarah-rapporterna finns fyra rapporter som handlar om brister i bemötande. Sju rapporter gällde fysiska och/eller psykiska övergrepp. Det handlade om övergrepp från medboende. Dessa händelser har skett på vård- och omsorgsboende för personer med demens och på gruppboenden för

funktionsnedsatta personer. 19 rapporter har inkommit om ” ekonomiska övergrepp” det handlar om att kunders pengar, smycken, läkemedel och nycklar har försvunnit.

16 av rapporterna handlar om kategorin ”brister i utförande”, exempel på brister är felaktigt utförda insatser, kunder som avviker från ett boende utan att personal uppmärksammar det, personal som somnar på sitt arbetspass, personal missar att aktivera rörelselarm. 14 rapporter kom från vård- och omsorgsboenden, två rapporter från korttidsboende, 15 rapporter från hemtjänst, 15 rapporter från området för funktionsnedsatta.

Under 2018 har Omvårdnad Gävle gjort två lex Sarah-anmälningar till IVO. Utöver dessa har en anmälan gjorts av en extern utförare. Hösten 2018 gjorde IVO en uppföljande inspektion på en anmälan från 2017 som handlade om en kund på ett boende som utnyttjats av en medboende. Syftet med inspektionen var att följa upp om verksamheten genomfört åtgärderna som redovisades i anmälan. IVO avslutade ärendet med följande motivering: ”De åtgärder som redovisats i nämndens utredning har till viss del genomförts, följts upp och gett avsedd effekt. Kunskap om händelsen och vidtagna åtgärder har spridits i verksamheten.”

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 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 96 procent av kunderna inom hemtjänsten respektive 90 procent av kunderna inom vård- och omsorgsboende att personalen alltid eller oftast bemöter dem på ett bra sätt. I SKL:s nationella brukarundersökning inom bostad med särskild service enligt LSS i form av servicebostad svarar över 80 procent att personalen bryr sig om den svarande.

Det kan konstateras att nattfastan når ett fortsatt gott resultat och andelen med för lågt BMI ligger på samma nivå som tidigare år. Andelen kunder med upptäckt risk för undernäring, fall, trycksår och dålig munhälsa får risken i större utsträckning utredd och åtgärder sätts in och följs upp i större utsträckning. Sammanfattningsvis så sker ett mycket gott arbete i att förebygga undernäring på vård- och omsorgsboenden i Gävle.

Som redovisats ovan finns 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. Under 2018 genomförde Omvårdnad Gävle omfattande förändringar av rutiner och processer kring avvikelshanteringen.

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.

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

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.

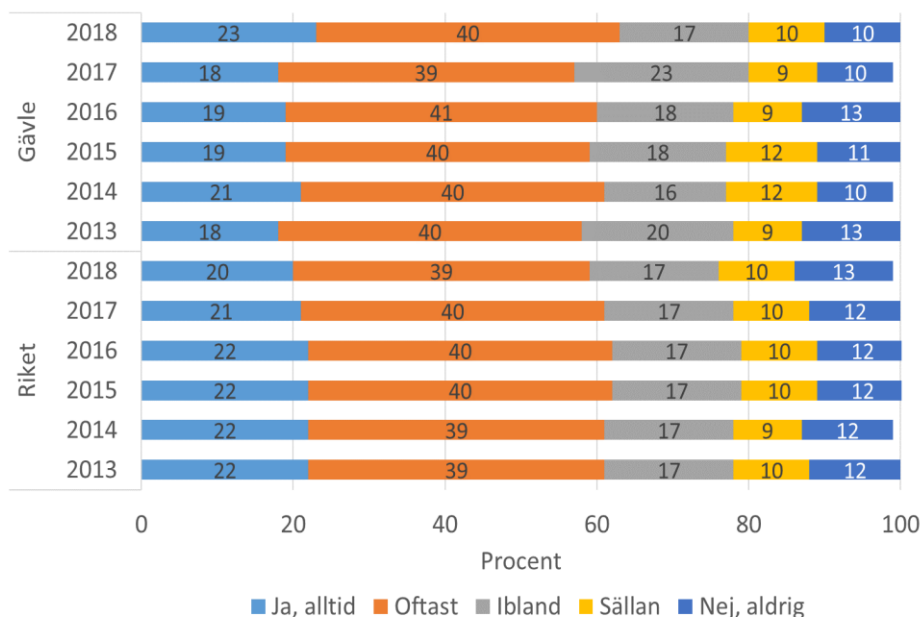
Socialstyrelsen (2012c). Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3). Stockholm: Socialstyrelsen.

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

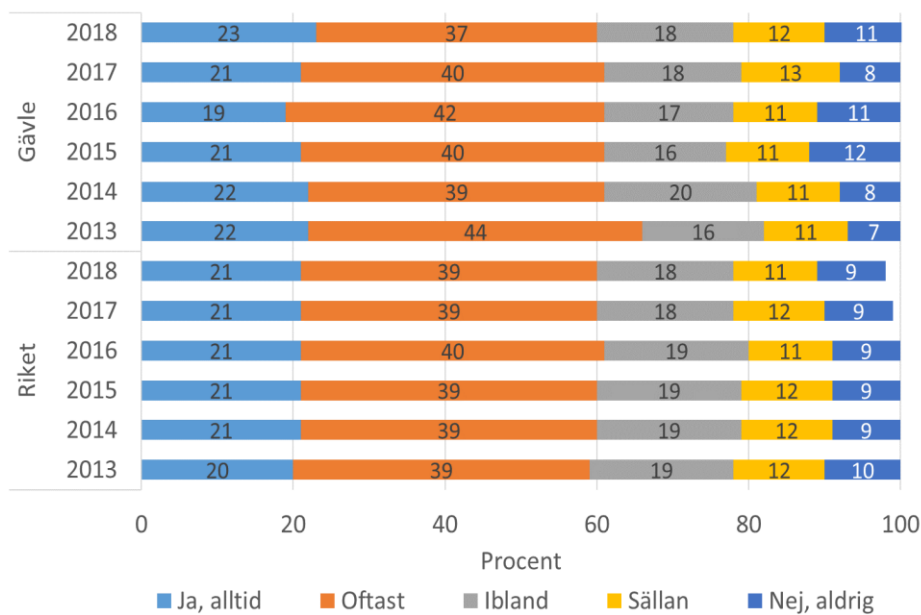
Socialtjänstlag (2001: 453). Hämtad den 26 februari 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

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

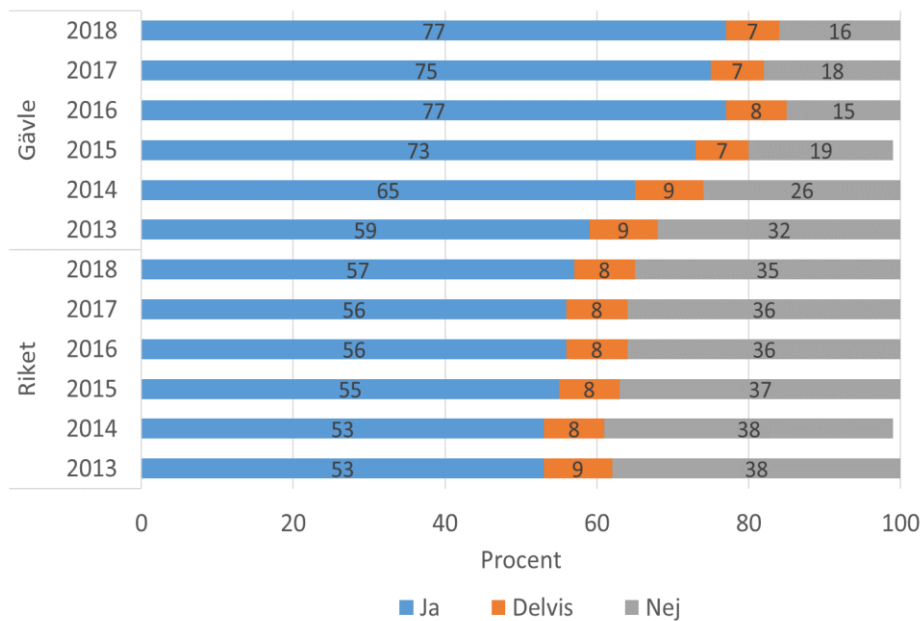
Bilaga A – figurer



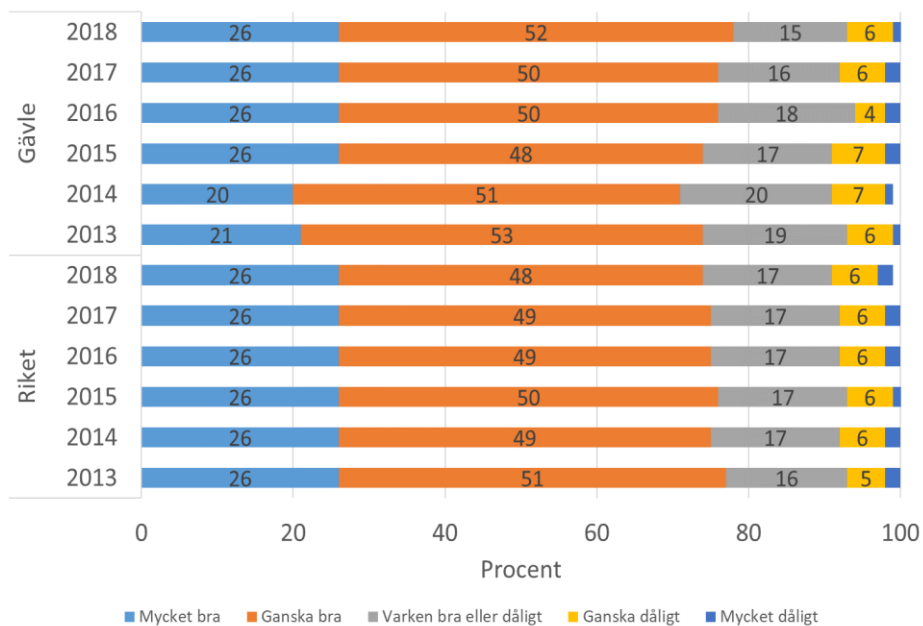
Figur A1. Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



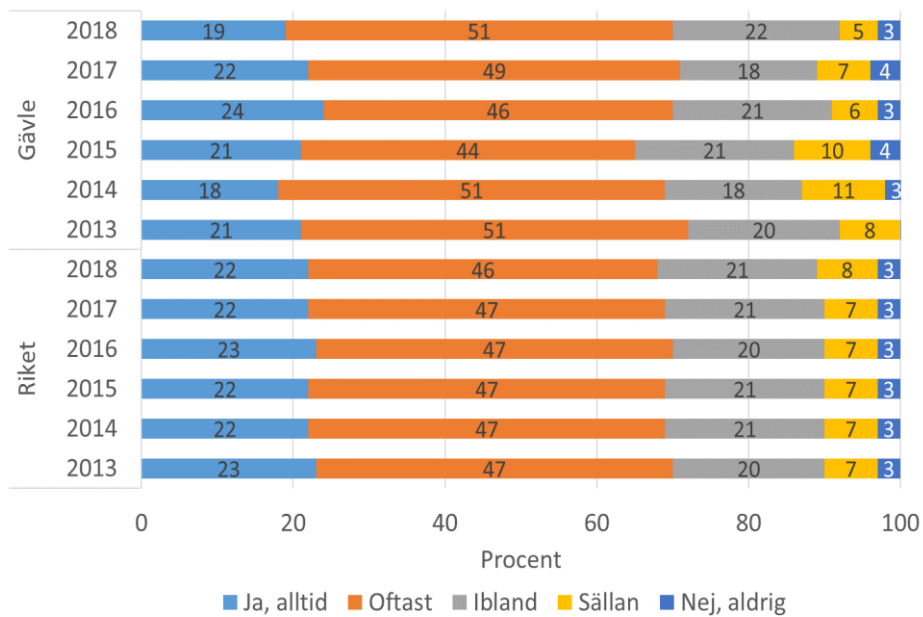
Figur A2. Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



Figur A3. Fick du välja utförare av hemtjänsten? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



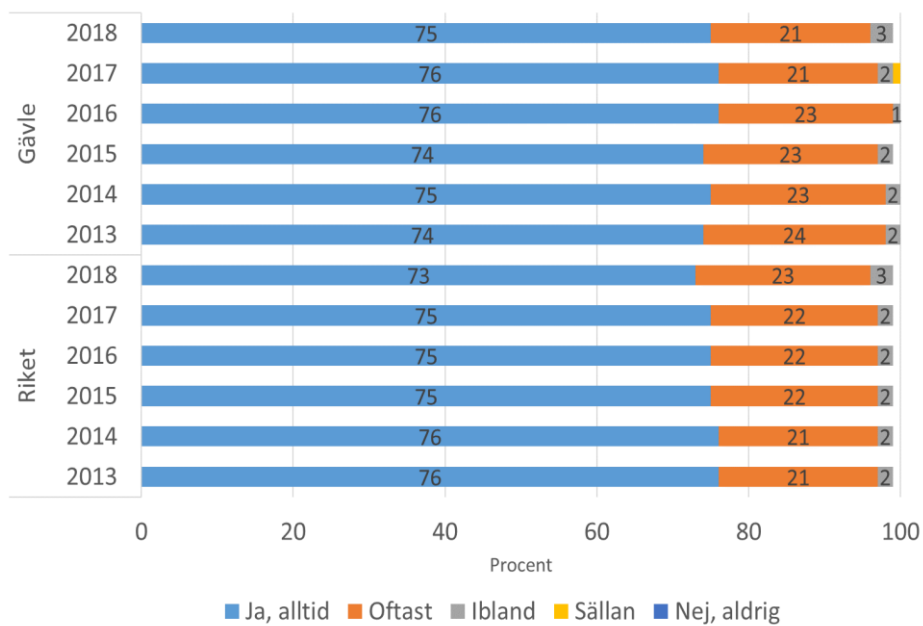
Figur A4. Hur brukar maten smaka? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



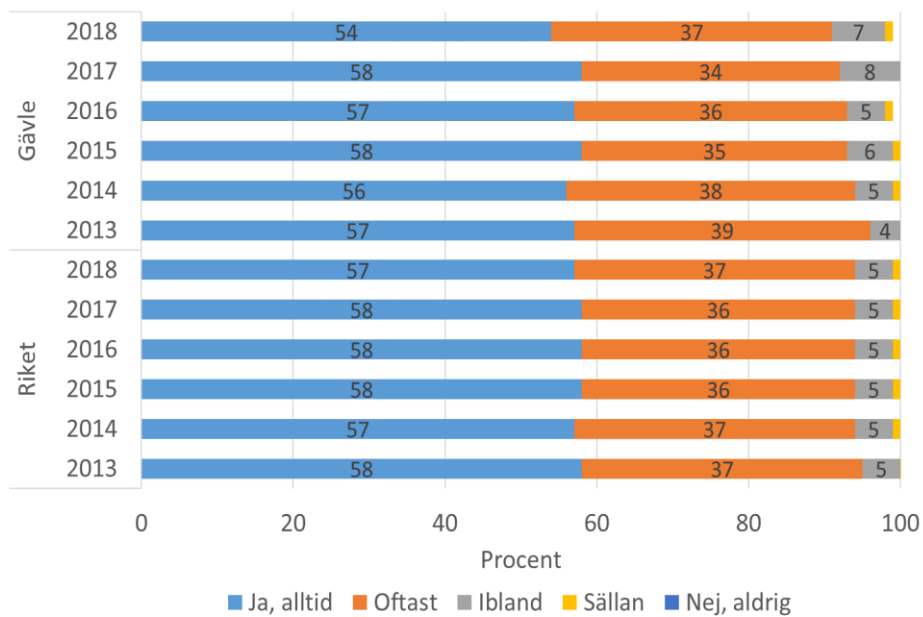
Figur A5. Upplever du att måltiderna på ditt vård- och omsorgsboende är en trevlig stund på dagen? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



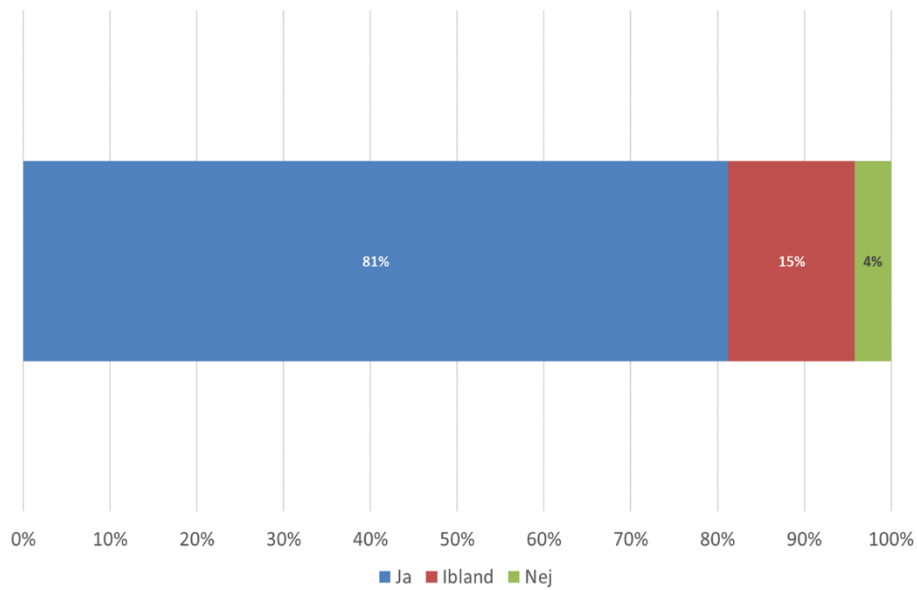
Figur A6. Respekt för val. Kunder inom boendestöd. Källa: Omvårdnad Gävles Boendestödundersökning 2018.



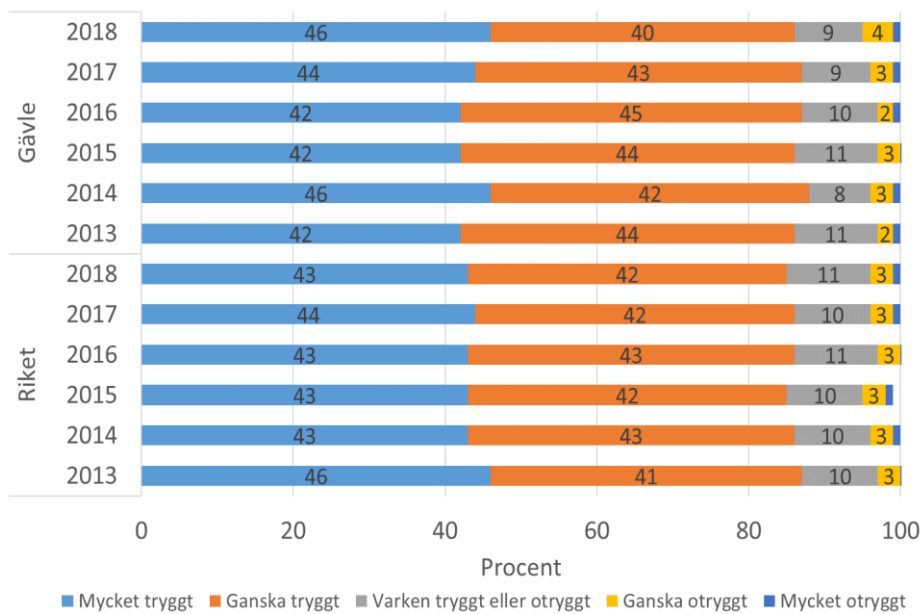
Figur A7. Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



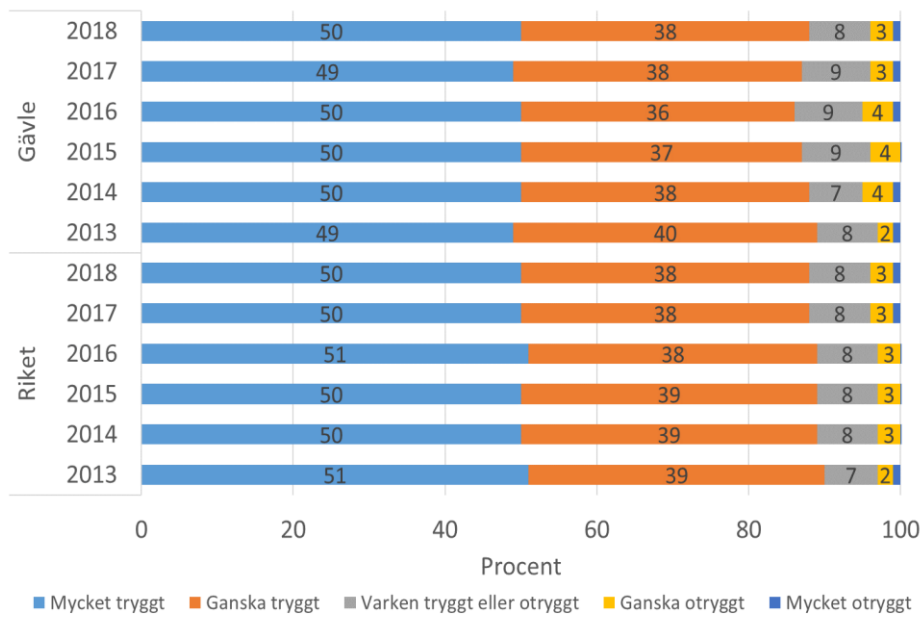
Figur A8. Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



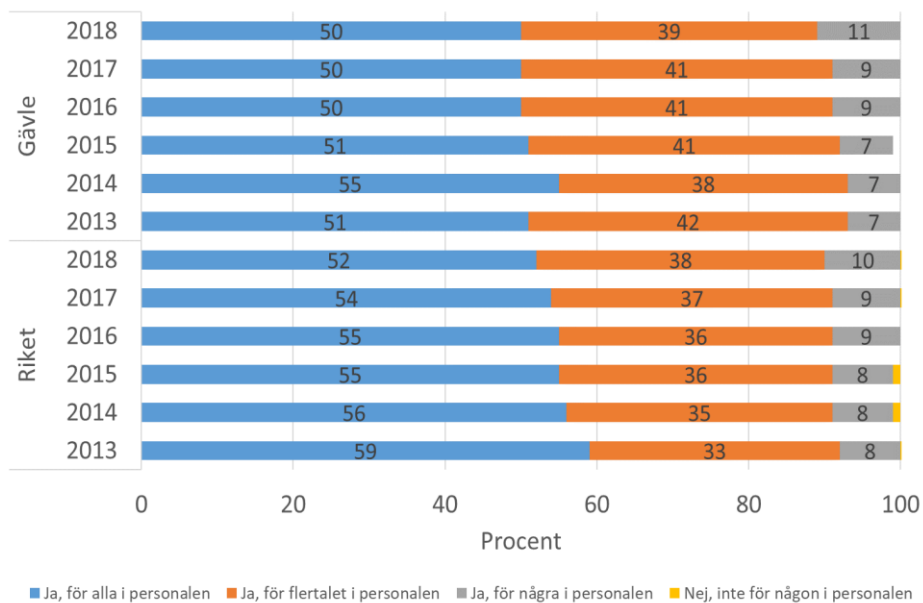
Figur A9. Bryr sig boendepersonalen om dig? Servicebostad i Gävle. Källa: SKL:s nationella brukarundersökning servicebostad 2018.



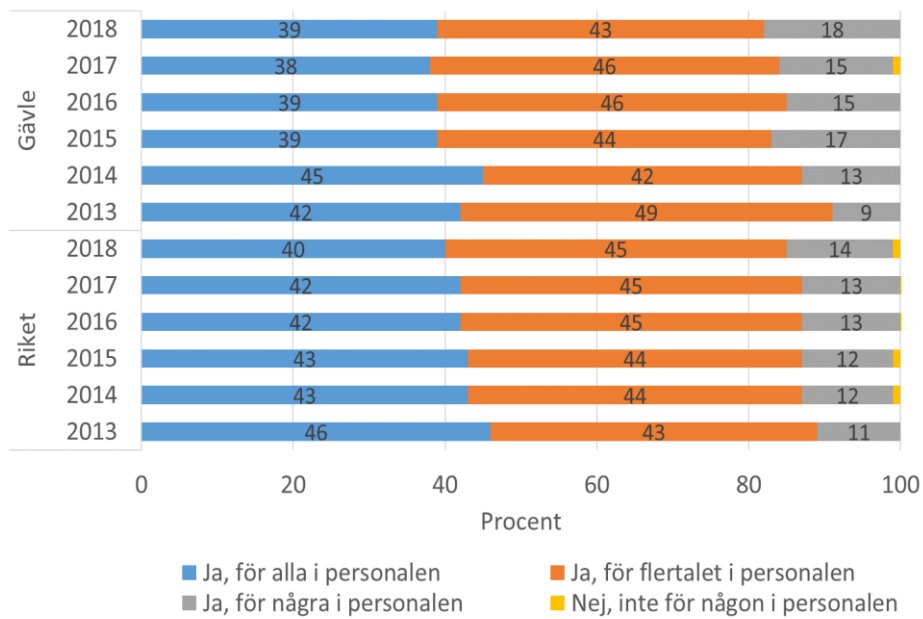
Figur A10. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



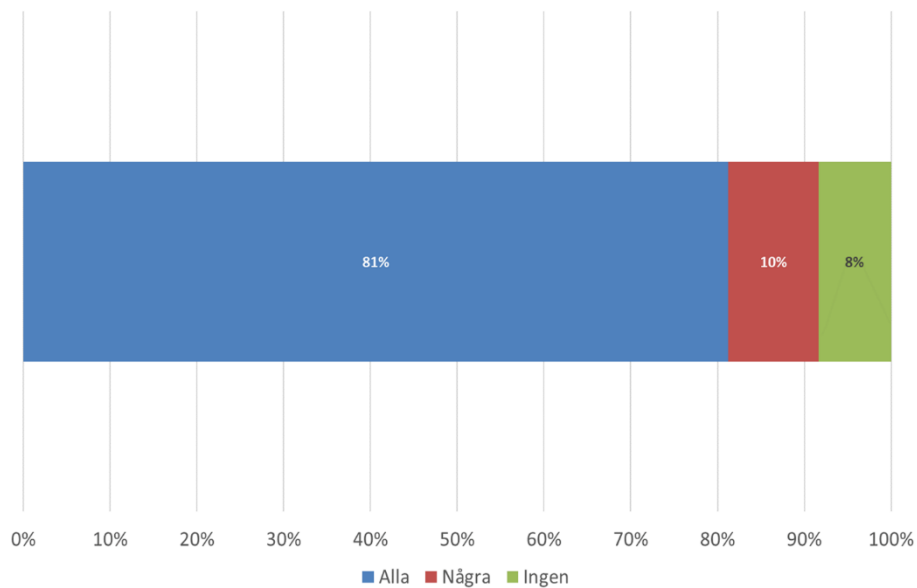
Figur A11. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018



Figur A12. Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



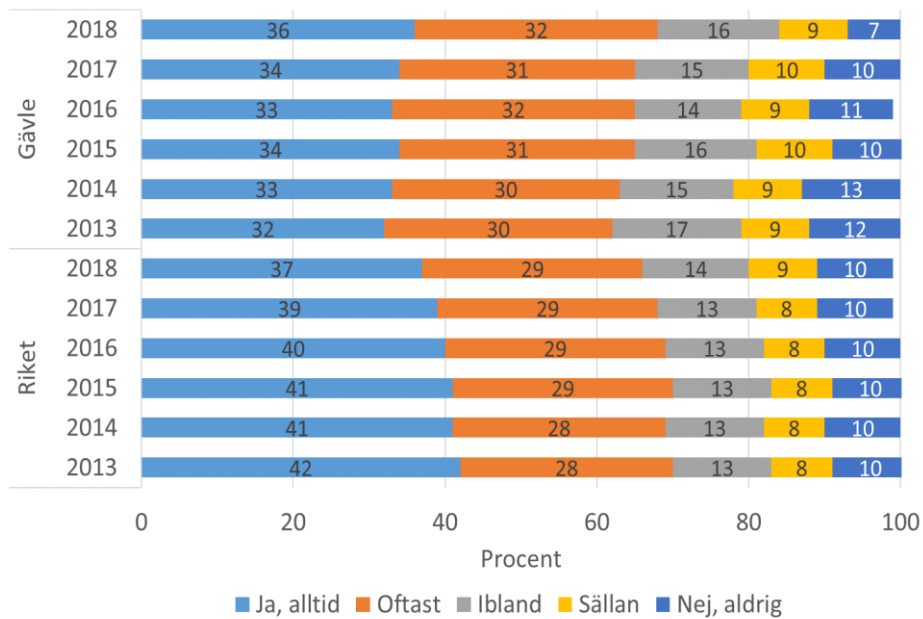
Figur A13. Känner du förtroende för personalen på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



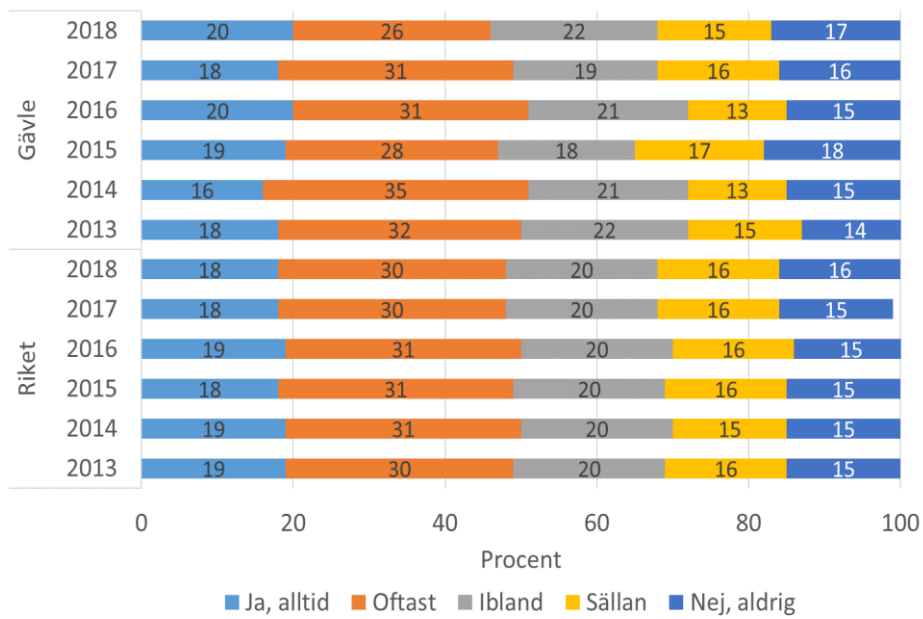
Figur A14. Känner du dig trygg med boendepersonalen? Servicebostad i Gävle. Källa: SKL:s nationella brukarundersökning servicebostad 2018.



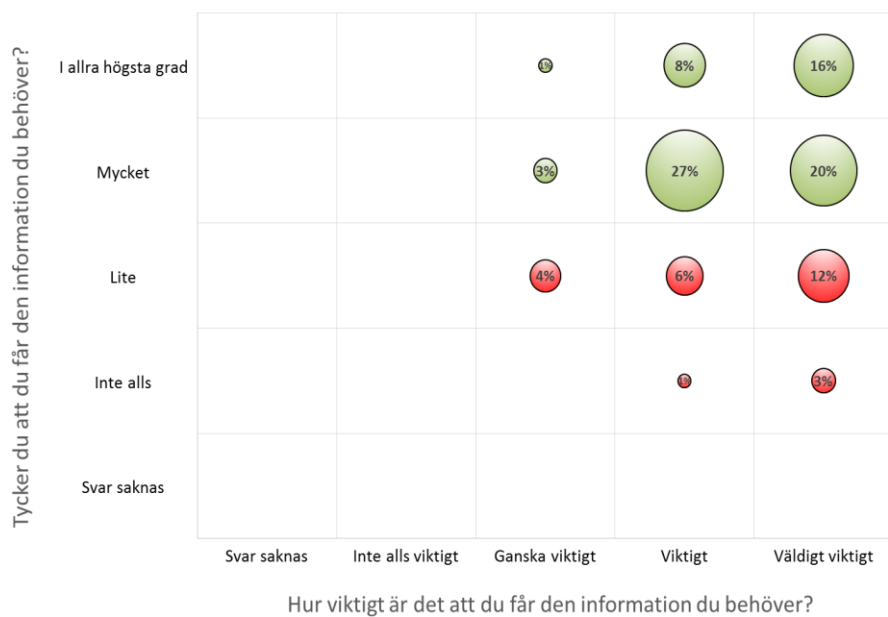
Figur A15. Viktigt med samma personal. Kunder inom boendestöd Källa: Omvårdnad Gävles Boendestödundersökning 2018.



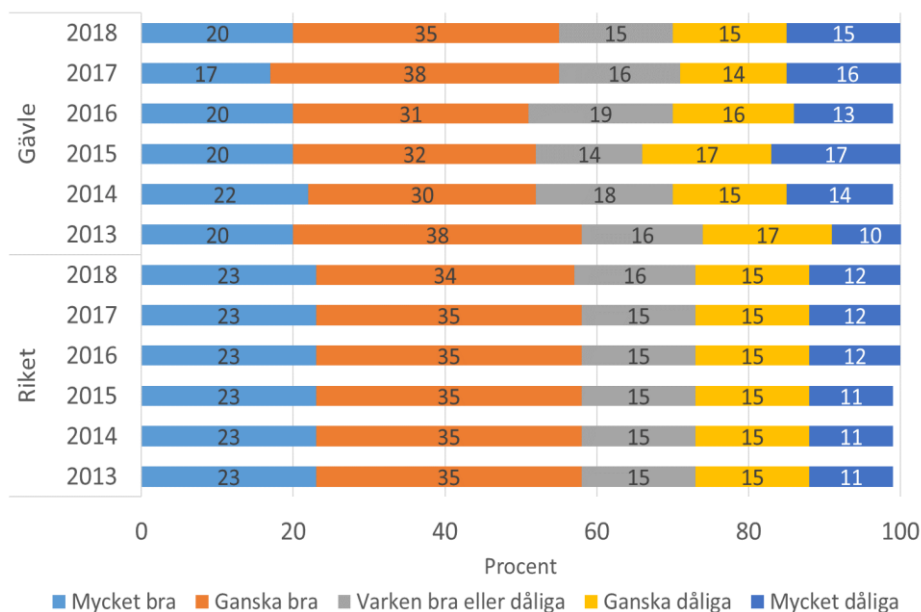
Figur A16. Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? Hemtjänst. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



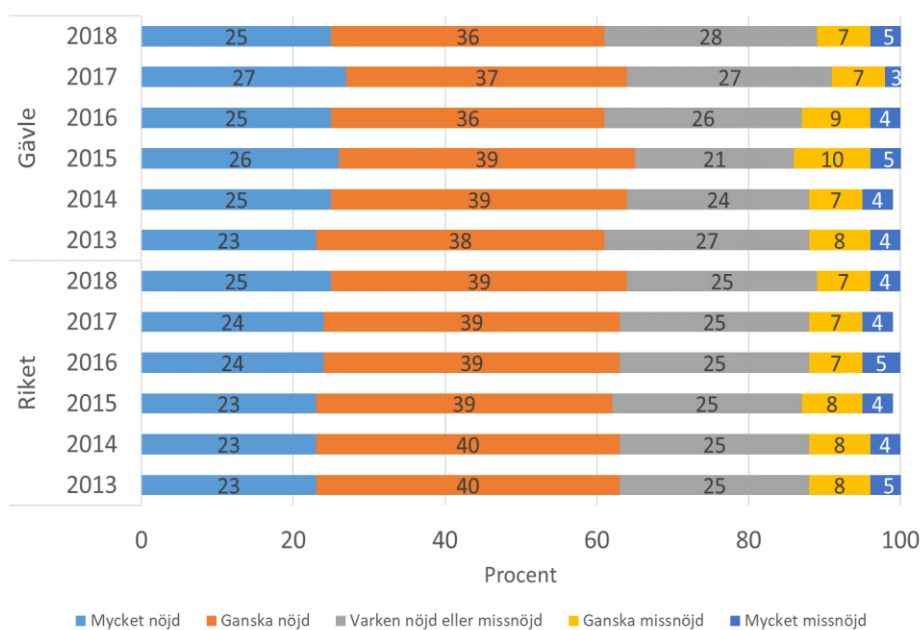
Figur A17. Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



Figur A18. Viktigt med information. Kunder inom boendestöd Källa: Omvårdnad Gävles Boendestödundersökning 2018.



Figur A19. Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.



Figur A20. Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt vård- och omsorgsboende? Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2013-2018.

Välfärd Gävle
Box 825
801 30 Gävle
026-17 80 00 (vx)
omvardnadgavle.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.