



Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden År 2021



Datum 20220301

Ulrika Carlsson medicinskt ansvarig sjuksköterska

Carin Thunman medicinskt ansvarig sjuksköterska

Johanna Storing medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: 22ON77

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	18
Avvikelse	18
Fallavvikelse.....	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	33
Bilaga 1.Tabell för sammanställning	34

SAMMANFATTNING

Året 2021 har arbetet med pandemin, Covid-19 prioriterats av ledning och verksamheter. Det har inneburit stora utmaningar så som nya eller uppdaterade arbetssätt, ny kunskap om covid-19 och smittspridning samt hur vi skyddar både personal och patienter. Beredskapsgruppen med syfte att leda och styra Valfärd Gävle under Covid-19 har fortsatt sitt arbete under hela året. Den största och mest effektfulla smittförebyggande åtgärden har varit att vaccinera så många som möjligt. Den egna och de externa verksamheterna inom Valfärd Gävles har under 2021 fortsatt att rapportera in misstänkta och bekräftade fall av Covid-19. Denna statistik har använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd samt internt för att säkerställa personal och patientsäkerheten.

Under året har nya samverkansavtal för läkarstöd upprättats som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet för att säkerställa patientsäkerheten.

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av avvikelser. Detta arbete är åtgärder som beslutats utifrån den genomlysning som genomfördes 2019.

Utifrån resultatet bedöms att arbetet med avvikelshantering fortsatt är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds utifrån vad lagstiftningen kräver.

Under 2021 har Valfärd Gävle inte haft några tydliga mål och strategier för att minska förekomsten av vårdskador och därigenom öka patientsäkerheten. I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Valfärd Gävle ansluter sig till det målet

Patientsäkerheten har säkrats bl.a. genom BPSD projektet samt att nattfastemätningen i våras nådde 90% eller mer på 8 av vård och omsorgsboenden. Det är det bästa resultatet sedan april 2016.

2st Lex Maria har gjorts inom Omvårdnadsnämndens verksamheter till inspektionen för vård och omsorg gällande fördröjd behandling av Sepsis (blodförgiftning) vid suprabubis kateterbyte samt en sent upptäckt fraktur som misstänks ha uppkommit vid ståträning

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Mål

Under 2021 har Valfärd Gävle inte haft några tydliga mål och strategier för att patientsäkerheten ska öka, genom att förekomsten av vårdskador minskas.

Strategi

Tydliga strategier har saknats under 2021. Rutiner finns för utredning, analys, åtgärder och uppföljning av allvarliga vårdavvikelse (rapporter från medarbetare samt inlämnade klagomål och synpunkter från patienter och närstående), samt samarbete med andra myndigheter och organisationer, regionalt och nationellt i frågor som rör patientsäkerhet.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

I det här stycket beskrivs hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet var fördelat inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde under 2021. Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöts av en gemensam förvaltning. Förvaltningen är indelad i fyra sektorer vars uppdrag avgörs av tillhörande nämnder. Kommunens hälso- och sjukvård tillhör sektor Valfärd Gävle vilken består av fem kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighetskontor, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd och ledningsfunktioner inom HR, ekonomi, kommunikation och kvalitetsledning. Inom Valfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och Funktionsrättsnämnden var av hälso- och sjukvård finns i två av nämnderna. Hälso- och sjukvårdsansvar bedrivs i Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och Funktionsrättsnämnden.

Omvårdnadsnämnd

Omvårdnadsnämnden är ansvarig vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för verksamheter enligt SoL 5 kap. 5 § andra stycket, dagverksamhet enligt 3 kap. 6 samma lag samt hemsjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAS arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAS fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamheten som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAR arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAR fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahålla tjänster och uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 4 kap § 2 i hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef HSL ansvarade för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna.

Ledningsansvarig sjuksköterska LANS

Ledningsansvarig sjuksköterska LANS ansvarar för att MAS rutiner är kända och efterlevs, att lokala instruktioner upprättas/revideras på enheten, att läkemedelsförrådet sköts enligt riktlinje för läkemedelshanteringen, att kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt instruktion från verksamhetschef, att tillsammans med verksamhetschef/inventera/intiera/samordna behovet av utbildningsinsatser inom området hälso-och sjukvård, att ansvara för att bedöma hälso-och sjukvårdsavvikelser utifrån gällande rutin och medverka i kvalitetsråd.

Ledningsansvarig för rehabilitering LANR

Ledningsansvarig för rehabilitering LANR ansvarar för att MAR rutiner är kända och efterlevs, att lokala instruktioner upprättas/revideras på enheten, att kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt instruktion från verksamhetschef, att tillsammans med verksamhetschef/inventera/initiera/samordna behovet av utbildningsinsatser inom området hälso-och sjukvård, att ansvara för att bedöma hälso-och sjukvårdsavvikelser utifrån gällande rutin och medverka i kvalitetsråd.

Enhetschef första linjens chef

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

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Här beskrivs de processer och områden som samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Vårdhygien

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

Läkaravtal

Under 2021 har lokala samverkansavtal för läkarstöd förnyats utifrån de nya mallarna som beslutades under 2020. Detta har gjorts i särskilda boenden, vård- och omsorgsboende, gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder samt i hemsjukvården. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Ramavtal och lokala samverkansavtal reviderades under 2020 där tydliggörande av teamsamverkan har central roll. Detta för att stärka den personcentrerade vården och på så vis säkerställa patientsäkerhet.

Förstärkt samverkan

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

Mobilt sjukvårdsteam

Gävle kommun och Region Gävleborg har sedan 2018 ett gemensamt mobilt sjukvårdsteam. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Ambitionen är att kunna optimera vården för äldre med sviktande hälsa eller multisjuka vuxna som bor i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende eller som vistas på en korttidsenhet. Effekten blir att personer med behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser får fortsatt vård i hemmet vilket bedöms medföra ett mervärde för individen, minskat tryck på akuten och färre antal inskrivningar. Teamet bemannas av läkare från primärvården eller slutenvården, en sjuksköterska från primärvården och en sjuksköterska från

kommunen som har ett nära samarbete med biståndshandläggare. Gävle kommun bidrar med tre sjuksköterskor till samarbetet.

Uppsökande Tandvård

Uppsökande tandvård erbjuds av Folktandvården region Gävleborg i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos personer med ett varaktigt och omfattande vård- och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Region Gävleborg handleder kommunens vård- och omsorgspersonal när behov uppstår samt utbildar i munhälsa en gång per år.

Samverkan Region/ Kommun Covid-19 Pandemin

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2021.

Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om gemensamma rutiner gällande Pandemin.

Under våren sommaren 2021 deltog från Region Gävleborg chefsläkare i primärvården, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, smittskyddsläkare och hälsovalskontoret representant och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade.

Under hösten 2021 fortsatte dessa möten med smittskyddsläkaren och sjuksköterskor, vårdhygiensläkare och hygiensjuksköterskor samt med länets MAS och MAR.

Samverkans forum har funnits under hela pandemin och fortsätter även i dag. Mötesfrekvensen har varit olika under pandemin smittoläget har avgjort hur ofta samverkan har 1-2 gånger i veckan och i dagsläget är forumet var annan vecka. Detta forum har varit viktiga under pandemin där man snabbt har satt in lokala åtgärder vid ökad smittspridning.

Lokal samverkansgrupp

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

Syftet med detta forum är att stärka samverkan och gemensamt arbeta för att stärka patientsäkerheten. I början på pandemin startade de offentligt drivna hälsocentralerna i Gävle en kommun samverkande central på Gävle Strandhälsocentral för att ge bättre förutsättningar och ökad samverkan gällande de mest sköra patienterna inom verksamhetsområdet. Där fanns distriktssköterskor och läkare som samarbetade med samtliga särskilda boenden, LSS och hemsjukvård med ronder och stöd.

Distriktssköterskorna arbetade med hembesök, SIP och utskrivningsprocessen för hela VO Primärvård Gävle. Läkare var tydligt involverad i utskrivningar från slutenvården vilket resulterade i bra planeringar och snabba säkra inskrivningar i hemsjukvården i det fall det behövdes.

Överenskommelse om svårt sjuka

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

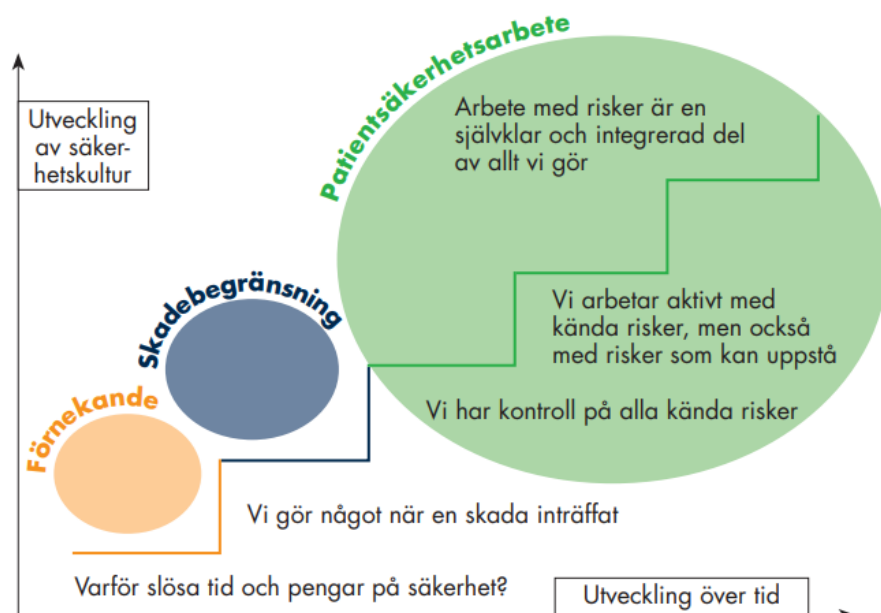
Vad gäller sektor Valfärd så är rutinen för loggkontroll under omarbetning nytt förslag finns som ska beslutas 2022. År 2021 har loggkontroller genomförts på begäran av chefer och några slumpmässig loggkontroller i journalsystemet Treserva. Målet för 2022 är att systematiska loggkontroller genomförs som den nya rutinen beskriver.

Loggkontroller i NPÖ nationell patientöversikt sker varje månad.

Regelbundna och strukturerade journalgranskningar planerades att genomföras enligt rutin under 2021. Detta har inte kunnat genomföras som planerat relaterat till pandemin. Flertalet journaler har granskats av MAS och MAR i samband med olika händelser i verksamheterna samt vid kvalitetsgranskningar utfört av kvalitetsteamet. Fortsatt finns brister i hälso- och sjukvårds dokumentationen. Under 2021 har medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR även att delta i journalgranskningar. Som har inneburit en kvalitativ förbättring av granskningen.

En god säkerhetskultur

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



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

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

Den 3 december 2021 bjöds Charlotta George, Socialstyrelsen in till ett digitalt dialogmöte om den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och dess fortsatta arbete i kommunen. På mötet konstaterades att Valfärd Gävle befinner sig i förnekelsefasen på säkerhetskulturtrappan vilket innebär att patientsäkerhetsarbetet endast sker reaktivt. Det är således viktigt att Valfärd Gävle arbetar fram en handlingsplan för att uppnå en god patientsäkerhetskultur.

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

Nära vård arbetet har under året anställt en gemensam samordnare för länets kommuner. Detta för att säkerställa och samordna kommunernas framtida arbete med regionen och andra aktörer.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



I välfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden.

Hälso-och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård och omsorgsboende och i hemsjukvården. Verksamheten har sjuksköterskor med specialistkompetens så som distriktsköterskor, demenssjuksköterska men även andra specialister. Det är en styrka så att patienten kan få en personcentrerad vård.

Kompetensutveckling har skett under året genom att:

- Enhetscheferna för sjuksköterskorna har under året gjort ett årshjul för kompetensutveckling med bland annat TES utbildning, Treserva utbildning.
- Tre sjuksköterskor är Treserva coacher. Två ssk är utsedd att hålla i sårvårdsutbildning i första hand till sina kollegor.
- MAS/MAR forum med olika teman är kompetensutveckling för legitimerade medarbetare och chefer.
- Legitimerade medarbetare har årshjul med olika teman där de håller korta föreläsningar under arbetsplatsträffar för omvårdnadspersonalen. Teman kan vara hälavlastning, madrasser, tryckavlastning, sittdynor, pep pipa, sårvård, nutrition och så vidare. Materialet och upplägget är klart. Vård- och omsorgsboenden har påbörjat denna kompetensutveckling men man har kommit olika långt.
- BPSD administratörs utbildning för omvårdnadspersonal, legitimerade medarbetare och chefer.
- Vårdhygien region Gävleborgs utbildning i basala hygienrutiner för hygienombud, legitimerad personal och chefer.
- E-utbildningar i kompetensen så som demensutbildning i tre steg, Socialstyrelsens hygienutbildning, jobba säkert med läkemedel inför delegering av läkemedel.
- Workshop i nära vård har genomförts för verksamhetschefer i region Gävleborg och länets kommuner.
- Under året har alla sjuksköterskor inom välfärd Gävle erbjudits utbildning i samarbete med högskolan Gävle i Palliativvård 7,5 poäng och avancerad omvårdnad 7,5 poäng.

- Några sjuksköterskor har valt att genomföra utbildningarna som avslutas i mars 2022 i samband med avslut ska utbildningen utvärderas med sjuksköterskorna.
- Inom Vård- och omsorgsboende har samtliga enhetschefer gått utbildning i förändringsledning.
- Kompetensutveckling för omvårdnadspersonal att möta kundernas behov har utgått ifrån varje enhets behov. Kompetenshöjning har getts inom psykisk ohälsa, demenssjukdom, synnedsättning, munvårdsutbildning och dokumentation.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete genom en god planering.

Välfärd Gävle använder planeringssystem TES:

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

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och anhöriga ska vara delaktiga i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patientens mål av vården detta kan vara SIP, vårdplaner, brytpunktsamtal och genomförandeplaner.

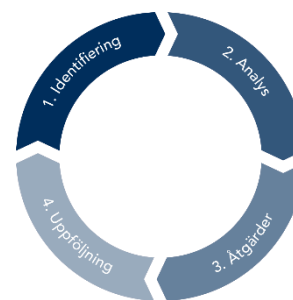
Personcentrerad vård ska styra planering så att patients mål uppfylls.

Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet av god vård.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



Verksamheterna har svarat på MAS/MAR enkät gällande patientsäkerhet och kvalitet här nedan redovisas några av svaren från enkäten

Basala hygienrutiner och klädregler

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

Antal genomförda PPM mätningar i basalhygien och klädregler

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har fem boenden genomfört 1–2 PPM mätningar och tre boenden 3–4 PPM mätningar. Tre boenden har inte gjort några mätningar och ett boende vet inte hur många de genomfört.

Inom hemsjukvården har ett område genomfört en PPM mätning och övriga områden svarat, vet ej.

Genomförda egenkontroller för vårdhygieniskstandard

Egenkontroll av vårdhygien har varit en av de viktigaste åtgärderna under Pandemin och har inte utförts i den utsträckning som beredskapsgruppen har beslutat om eller enligt rutin. Endast Sju av tolv vård och omsorgsboenden har genomfört egenkontroller enligt rutin för vårdhygieniskstandard. Hemsjukvården har svarat ja i det övergripande svaret och ett område har svarat nej på frågan.

PPM punktprevalensmätning SKR

PPM punktprevalensmätning görs två gånger per år dessa mätningar rapporteras till SKR. Gävle kommun har endast varit med i en PPM mätning våren 2021 Mätningen visade endast 21 registreringar i välfärd Gävle någon övergripande analys av mätningen går ej att genomföra då det är endast ett boende (boende som drivs på entreprenad) som har genomfört mätningen. De mätningar som är gjord är över rikets median i alla utom andel fria från ringar, klockor och armband där mätningen visar strax under median.

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner för vård och omsorg

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner för vård och omsorg är en grundläggande utbildning som all personal ska genomföra minst en gång per år. Resultat för 2021 av 13 vård och omsorgsboenden har endast 3 boenden en täckningsgrad på 100% och 3 st boende har 0%. Övriga boenden har täckningsgrad mellan 95%-25%.

Vårdhygien utbildningar

Under 2021 har vårdhygien utbildat hygienombud, legitimerad personal samt chefer i basal hygien.

Medicinteknisk utrustning

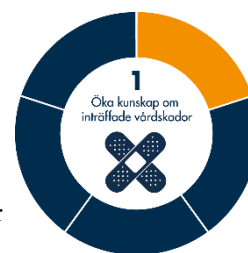
Enligt svaren i MAS/MAR-enkäten 2021 så är detta ett tydligt utvecklingsområde. Externa aktörer svarade i högre utsträckning att de kontrollerar och kalibrerar medicinsk mätutrustning enligt bruksanvisning samt att de har en förteckning över alla ägda hjälpmedel/träningsredskap för spårbarhet och kontroll enligt bruksanvisning.

Egenregin har påbörjat en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Under hösten 2021 har samtliga verksamheter arbetat med avvikelshantering och vikten av att utreda och utveckla vården så att man kan förhindra vårdskador och/eller missförhållanden.

Kvalitetsteamet har under detta år uppdaterat rutiner i avvikelshanteringen, utbildat enhetschefer och verksamhetschefer i avvikelshantering. Detta var en åtgärd som utfördes pga. att bedömningar och utredningar inte har gjorts av avvikelser i den takt som behövs för att utreda händelser så att det inte händer igen.

Under 2021 har 2 st Lex Maria anmälningar skickats till IVO gällande

- fördröjd behandling av Sepsis(blodförgiftning) vid suprabubis kateterbyte, Patienten fick sepsis efter byte av suprabubis kateter. Bytet skedde pga. stopp i KAD. Behandling sattes inte in i tid pga. att läkare och sjuksköterska först misstänkte att patienten hade Covid-19. Denna försening av antibiotikabehandling kan vara bidragande orsak till att patienten fick sepsis. Brister som också har påvisats i utredningen är brister i dokumentationen och uppföljning samt kontakt från omvårdnadspersonal till sjuksköterska.
- en sent upptäckt fraktur som misstänks ha uppkommit vid ståträning. Gällande bakomliggande orsaker så framkom organisation, dokumentation och rutiner. De viktigaste förebyggande åtgärderna som föreslogs gäller gemensamma bedömningar av legitimerad personal/läkare, avvikelshantering i team och rutin för kontakt med närstående vid behov. Händelsen inkom som ett klagomål.

MAS/MAR forum

Under 2021 skapades ett forum för att höja patientsäkerheten i välfärd Gävle. Forumet leds av MAS/MAR. Till forumet har all legitimerad personal, enhetschefer och verksamhetschefer både i extern och i egen region bjudits in. Deltagandet har varit stort mellan 80-100 personer har deltagit vid varje digitalt möte via Teams. I utvärderingen har framkommit att mötet har varit uppskattat och att framgången till stort deltagande har varit att mötet har skett digitalt.

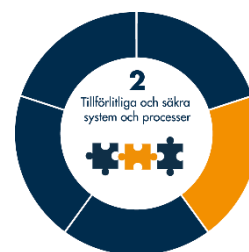
Syftet med forumet är att det ska vara ett lärande och diskuterande forum med både interna och externa föreläsare och varje möte har haft ett speciellt tema.

Teman under 2021 har varit individuell riskbedömningar, genomgång av patientsäkerhetsberättelsen, delegeringar, egenvård, avvikelshantering, samordnad individuell plan SIP, Skydds och begränsningsåtgärder och teamsamverkan. Vid aktuella teman har ledningssystemets rutiner belysts så att dessa blir kända av alla användare.

För att sprida kunskap om Lex Maria har dessa händelser tagits upp på forumet så att alla kan lära av varandra och för att undvika att händelsen händer igen i någon av verksamheterna.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Läkemedelsanvändning

I flera rapporter från Socialstyrelsen, SBU och SKR redovisas att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt. Detta gäller både de som bor på vård och omsorgsboende och de som bor i ordinärt boende. År 2013 genomfördes en revision/samverkansgranskning gällande 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 MAS i alla verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Statistiken används vid uppföljningar av samverkansavtal för läkarmedverkan.

2021 års resultat innefattar endast de som bor på särskilt boende för äldre då hemsjukvården inte kunnat uppge denna information i enkäten

2021

		Vård- och omsorgsboende	
		Antal	Andel
Bakgrundsinformation	Platser		
	Äldre med i studien	760	
Hög risk för biverkningar	Neuroleptika	93	12%
	Antidepressiva	361	48%
	Lugnande och sömnmedel	249	33%
Polyfarmaci	2-3 av ovan	175	23%
	Mer än 10 medel	259	34%
	Mer än 20 medel	19	3%
Olämpliga läkemedel	NSAID	2	0%
Eventuella bristande rutiner	Laxantia	387	51%
	Årlig läkemedelsgenomgång	515	68%

2020

		Vård- och omsorgsboende	
		Antal	Andel
Bakgrundsinformation	Platser	894	
	Äldre med i studien	874	98%
Hög risk för biverkningar	Neuroleptika	105	12%
	Antidepressiva	376	43%
	Lugnande och sömnmedel	276	32%
Polyfarmaci	2-3 av ovan	234	27%
	Mer än 10 medel	282	32%
	Mer än 20 medel	15	2%
Olämpliga läkemedel	NSAID	9	1%
Eventuella bristande rutiner	Laxantia	451	52%
	Årlig läkemedelsgenomgång	778	89%

Analys av 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 från 89% till 68%. Orsaken till denna minskning kan bero på den pågående pandemin av Covid-19 och är en del av den vårdskuld som förekommer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta resultat kräver att förbättringsarbete i samverkan med Region Gävleborg.

Denna minskning är kopplad till sex olika vård- och omsorgsboenden och i samarbete med sex olika hälsocentraler. I dessa sex verksamheter behövs ett lokalt utvecklingsarbete genomföras.

Utifrån 2021 års resultat konstateras att det fortfarande finns ett behov av ett utvecklingsarbete gällande läkemedelsgenomgångar inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med primärvården.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

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

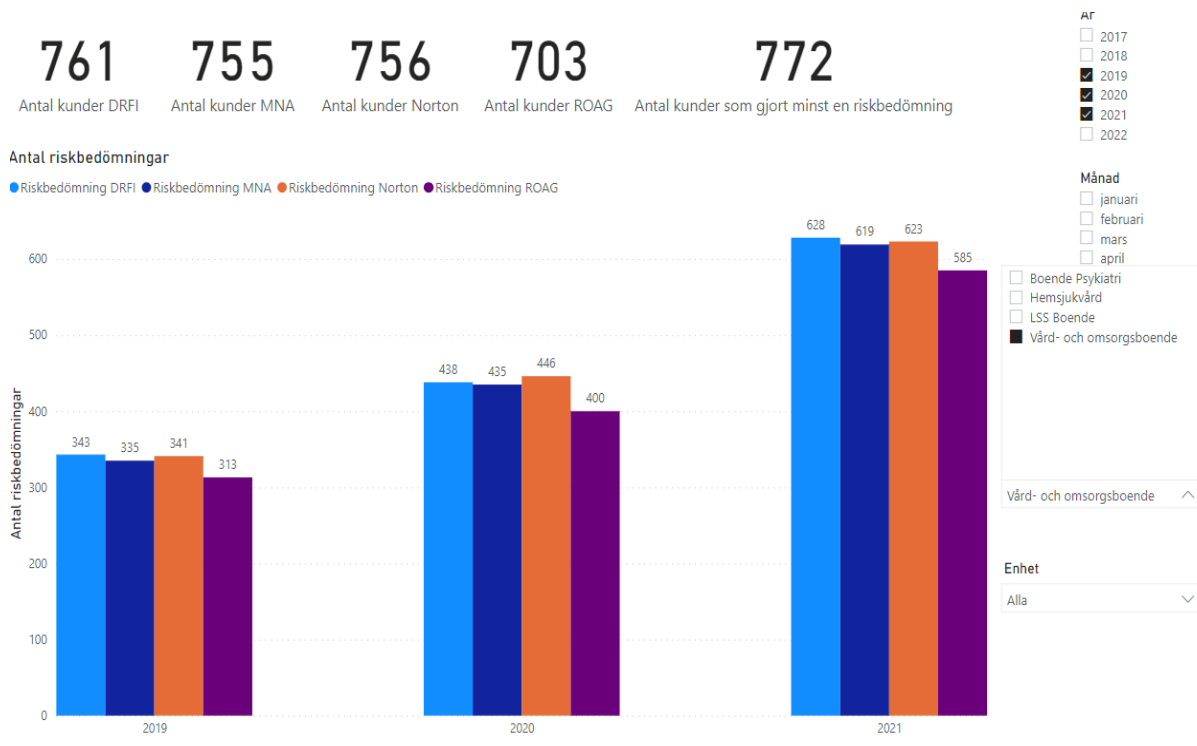
Inviduella Riskbedömningar: vård och omsorgsboende 2021

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

Resultatet för 2021 visar att detta är ett förbättringsområde för att uppnå god patientsäkerhet.

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

Källa Power BI



DFRI: Downton fall risk index, **MNA:** Mini nutritional assessment, **Norton:** Riskbedömning trycksår, med Norton-skalan, **ROAG:** Revised oral assessment guide

(Tolkning utifrån år 2019 får göras med försiktighet, då Valfärd Gävle begärde utträde ur Senior alert registret under året och vissa registreringar då endast finns i registret.)

Trycksår

År 2021 hade 4,3% av patienterna på särskilt boende för äldre ett eller flera trycksår endast 27% av dessa hade fått en läkarbedömning av såret. De åtgärder som sattes in var att arbeta med förebyggande riskbedömningar och tryckförebyggande åtgärder. Ingen mätning har skett i ordinärt boende och hemsjukvård.

Nattfasta

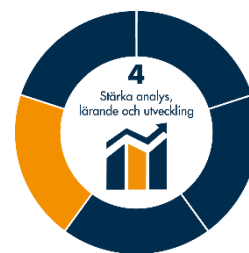
I välfärd Gävle ska nattfastan mätas två gånger per år. 2021 har en mätning genomförts i mars.

Nattfastan skall inte överstiga 11 timmar för brukare på vård o.ch omsorgsboende inom Välfärd Gävle. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan. Av de 553 inkluderade brukarna i mars månads mätning 2021 visar resultatet att 86 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 7,5 timmar och medianen 8 timmar.

Med ett uppsatt effektmål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet. Positivt för i vår är att resultatet är det bästa sedan april 2016 och åtta boenden nådde 90 % eller högre.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

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

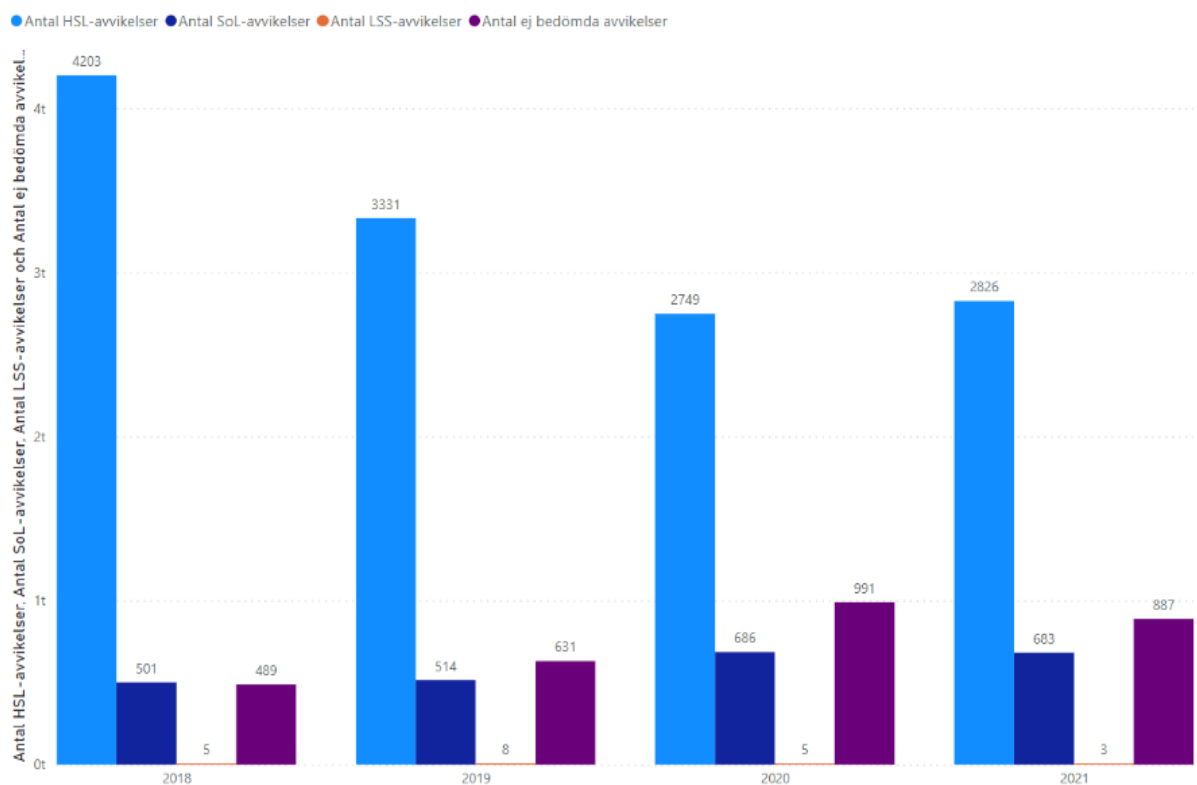
Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av avvikelser.

I oktober publicerades ny version av rutinen samtidigt som alla enhetschefer och verksamhetschefer fått en genomgång av rutinen och ett utbildningsmaterial till medarbetare. Enhetscheferna har fått ett tydligare ansvar för hanteringen. Aviseringar om registrerade avvikelser har minimerats så legitimerad personal slipper ta del av dem som de inte är berörda av, vilket frigör arbetstid för dem.

Legitimerad personal och chefer har på MAS/MAR-Forum haft dialoger runt det nya i avvikelshanteringen. Enligt nya rutinen ska cheferna analysera statistik utifrån sina avvikelser, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sedan vidare till Kvalitetsteamet.

Trenden på antal avvikelser är avstannande mellan år 2020 och 2021 medan andelen bedömda och hanterade avvikelser under året ökat. Antal ej riskbedömda avvikelser har minskat något.

Antal avvikelser



Ej riskbedömda avvikelser

Verksamhetsområde	Antal avvikelser	Antal ej riskbedömda avvikelser	Andel avvikelser som ej riskbedömts
☑ Vård- och omsorgsboende	3034	330	11 %
☑ Natt och larm	24	14	58 %
☑ HSL-vårdplaneringsteam	10	6	60 %
☑ HSL-vård och omsorgsboende	151	105	70 %
☑ HSL-planering	2	1	50 %
☑ HSL-hemsjukvård	281	195	69 %
☑ Hemtjänst	966	442	46 %
☑ Dagverksamhet	9	8	89 %
☑ Avlösning	65	26	40 %
Totalt	4542	1127	25 %

I tabellen ovan har 25% av avvikelserna ej riskbedömts. Av avvikelserna totalt så har det registrerats 4542 st varav 1127 st inte har bedömts och av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare antingen som Lex Maria eller Lex Sarah.

Fallavvikelser

Fallavvikelser är den vanligast förekommande avvikelser, för exempelvis vård- och omsorgsboende har dessa de senaste respektive tre åren utgjort cirka 50% av totala antalet avvikelser.

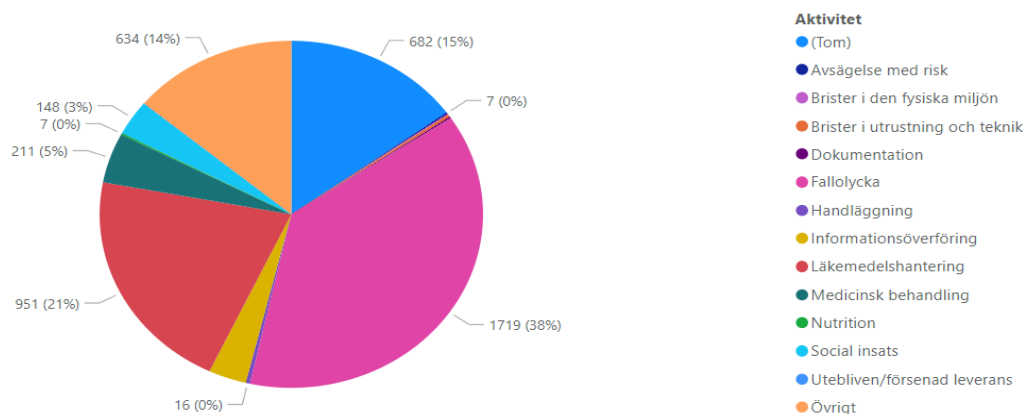
Fallavvikelser (Power Bi)	2019	2020	2021
Totalt antal fallavvikelser Valfärd Gävle	2085	1902	1830
Vård- och omsorgsboende	1689	1637	1491
Hemsjukvård	114	94	108
Hemtjänst/natt och larm	80	69	68

Enligt vårdhandboken kan en individanpassad, multiprofessionell och multifaktoriell fallprevention i team ge en 30–60% reduktion av antalet fall och det finns evidens för att fallprevention ger effekt i äldreomsorg och slutenvård. Den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade frakturer är fysisk träning i form av kombinerad balans- och styrketräning. Koll på läkemedelsintag, säker miljö och god nutrition anses också minska fallrisken.

Utifrån ovanstående är det av stor vikt att alla patienter erbjuds individuella riskbedömningar och åtgärder utifrån ett teambaserat arbetssätt och att läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.

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

Antal avvikelser fördelat på aktivitet



Läkemedelshanteringsavvikelse och fallavvikelser är de två största områdena där djupare analys behöver genomföras under 2022. Analys behöver också genomföras på vad som registreras under övrigt och tom. Det är 29% som har registrerats som tom eller övrigt under 2021.

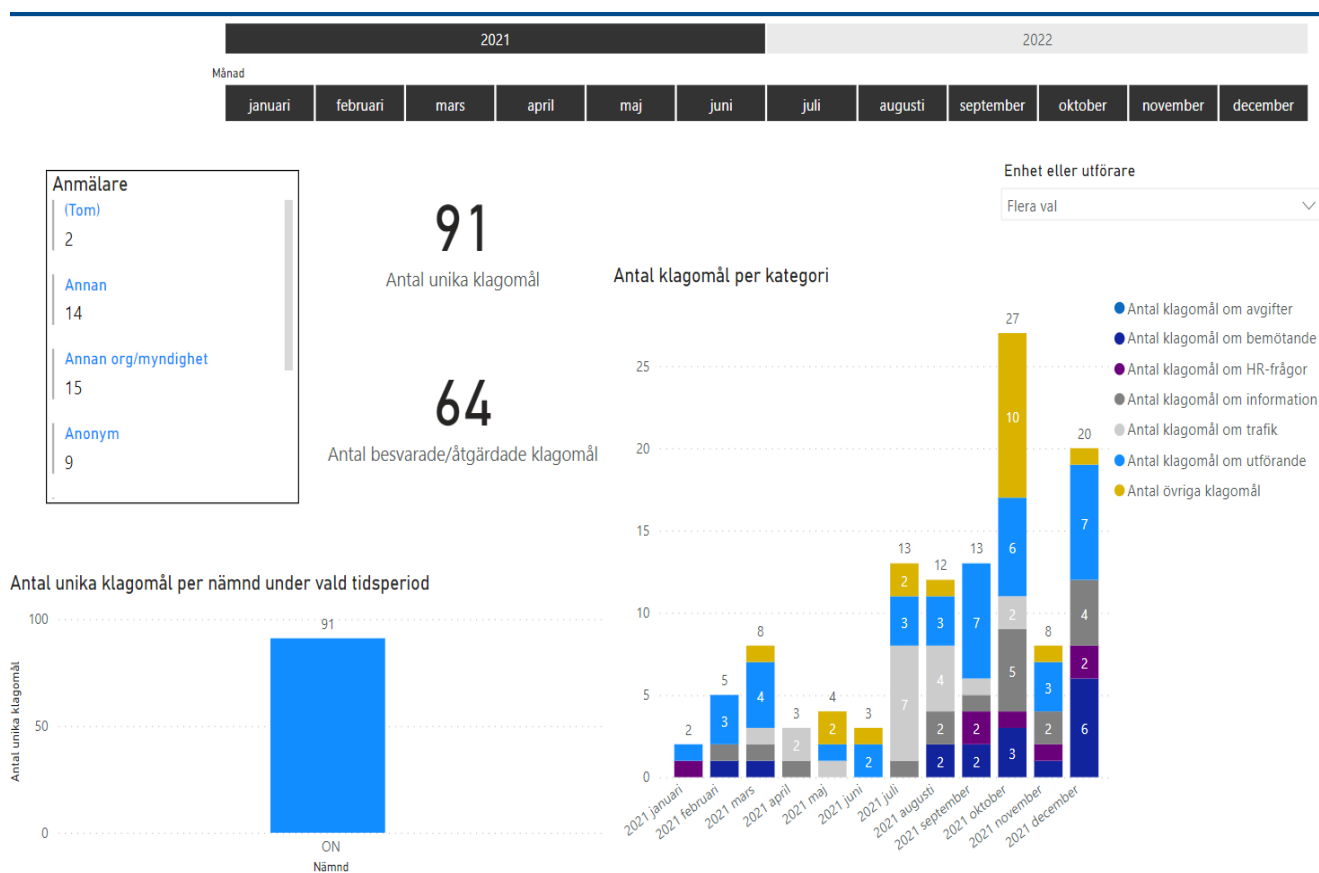
Klagomål och synpunkter

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

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av klagomål.

I oktober publicerades ny version av rutinen samtidigt som alla enhetschefer och verksamhetschefer fått en genomgång av rutinen och ett utbildningsmaterial till medarbetare. Skriftliga klagomål ska fortsätta diarieföras, vilket inte längre är ett krav på muntliga klagomål, men de ska givetvis hanteras.

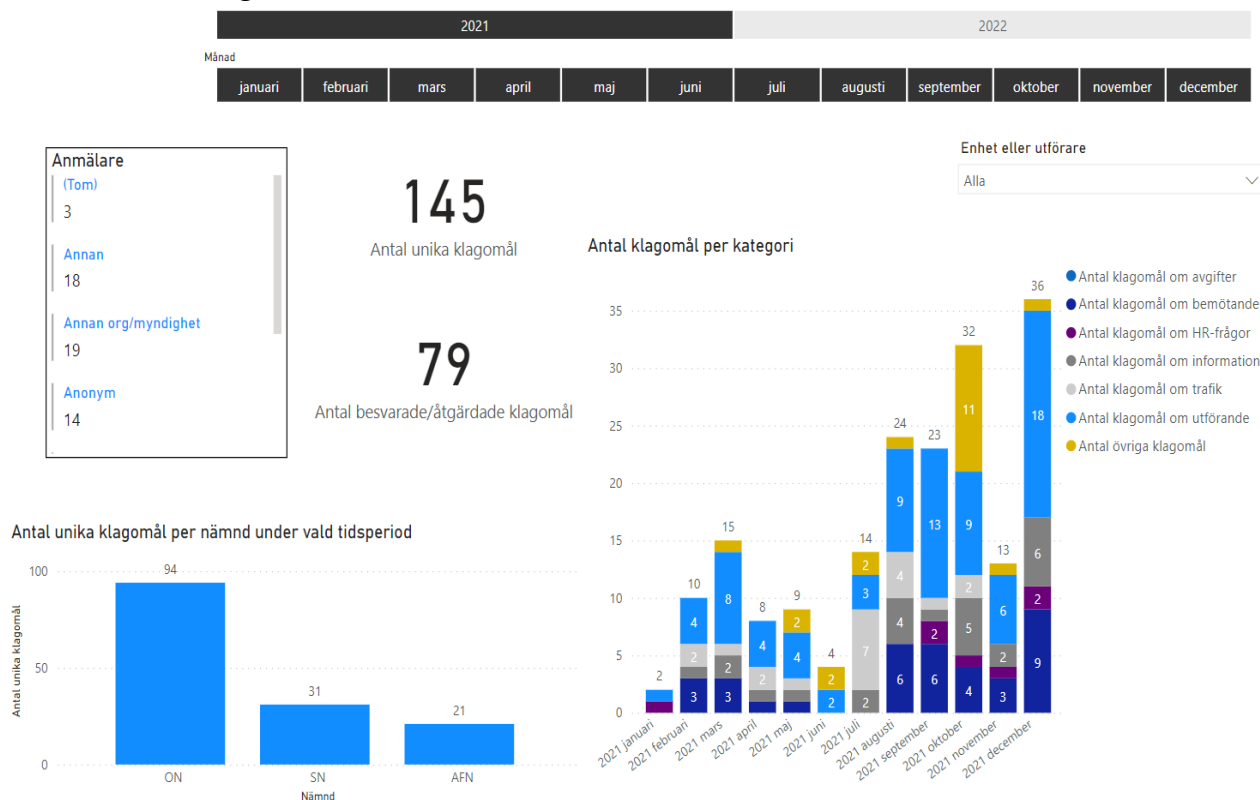
Cheferna har fått ett tydligare ansvar för att föra statistik på både skriftliga och muntliga klagomål, analysera, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sen vidare till Kvalitetsteamet.



Av ovanstående 91 klagomål rör 22 hälso- och sjukvård samt i tillägg fyra till som rör bemötande inom hemsjukvård. Dessa redovisas i nedanstående tabell tillsammans med inkommande klagomål som rör hälso- och sjukvård från region Gävleborg.

	ON egen regi	ON extern regi
Klagomål som rör hälso- och sjukvård	15(I tillägg 4 som rörde bemötande inom hemsjukvård)	7
Inkommande klagomål från region Gävleborg	7	2

Diarieförda Klagomål



Bilden visar fördelning av 145 diarieförda klagomål. Den 21 februari 2022 hade 79 svar diarieförts och 16 krävde inget svar. Av de 16 är två ett beröm till verksamheten och 14 har anonym avsändare. 20 av 145 diarieförda klagomål har inkommit via IVO som inte upprättar tillsynsärende utan ber Valfärd Gävle besvara klagomålet. 29 av 145 klagomål berör extern utförare.

I statistiken saknas svar i 50 klagomål som troligen är besvarade, utan att ha blivit diarieförda.

Omvårdnadsnämnden har flest klagomål och samtidigt högst antal potentiella klagande kunder och anhöriga. Det bör även noteras att det under den beskrivna perioden har funnits andra kanaler för att lämna klagomål. Mest frekvent är klagomål på själva utförandet av insatser samt under sommarmånaderna påpekas det runt vårdslös bilkörning och felparkering. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammar, framför allt vid inskrivning i slutenvård men även i utskrivningsprocessen. Det förekommer ungefär lika frekvent att Valfärd Gävle uppmärksammar Region Gävleborg på avvikelser som skett där. Några verksamheter, men inte alla redovisar sin statistik av klagomål på enhets- eller verksamhetsnivå. I den redovisning som finns ingår både diarieförda och icke diarieförda klagomål.

Sammanfattande reflektion

En större andel klagomål än tidigare år inkommer via IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Detta kan även bero på att IVO blivit mer allmänt känd under pandemin så att den enskilde i högre grad vänder sig dit direkt med sitt klagomål. Det finns inte något i dessa klagomål som visar på att verksamheten fått klagomål till sig i ett tidigare skede och inte hanterat dessa korrekt. Det är viktigt att verksamheterna hanterar inkomna klagomål korrekt samt även informerar den enskilde att klagomål alltid ska lämnas till dem i första hand.

De klagomål som rör utskrivningsprocessen bör uppmärksammas i det länsövergripande samarbetet och rutinen som finns.

Det återstår för alla verksamheter att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Patientnämndsärenden

Under 2021 har det inkommit 8 ärenden till patientnämnden gällande verksamheter inom omvårdnadsnämndens område. Dessa handlar i huvudsak om bristande bedömning, tillgänglighet till vården samt information. Tre ärenden har besvarats av skriftligt av verksamheterna, ett ärende kunde åtgärdas av aktuell verksamhet omgående och fyra ärenden har endast kommit till verksamheterna för kännedom utan skrivelse från patientnämnden. Patientnämnden ser positivt på de svar som verksamheten har skrivit och det är viktigt att beklaga det som har hänt. De ser mycket värdefullt att verksamheten har eller erbjuder fortsatt dialog med anhöriga.

God vård vid demenssjukdom

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Ungefär 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- 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 vårddyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

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

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

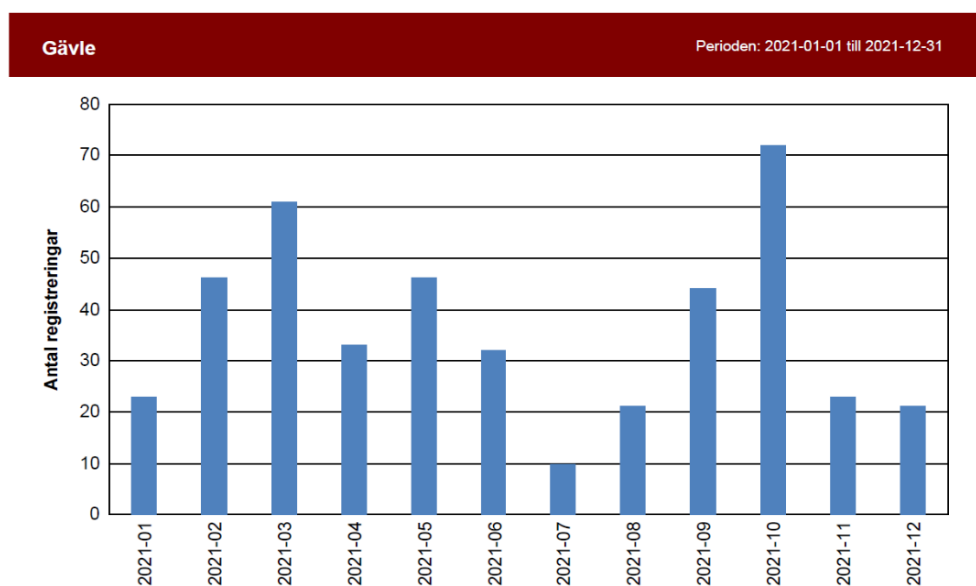


År 2021 var det sammanlagda antalet registreringar i BPSD inom den kommunala hälso- och sjukvårdens egenregi och entreprenader 432 och antalet unika individer som erhållit bedömning 263. För jämförelse med 2020 och 2019, se tabell nedan.

Antal registreringar i BPSD-registret (samtliga utförare i Gävle kommun)

	2021	2020	2019
Antal registreringar	432	428	322
Antal registrerade personer	263	264	219

Antal registreringar i BPSD-registret per månad 2021



	Antal	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12
Antal	1538	90	181	188	121	202	100	24	51	155	166	151	109
Bollnäs	296	12	30	45	28	33	31	7	4	20	25	34	27
Gävle	432	23	46	61	33	46	32	10	21	44	72	23	21
Hofors	12	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Hudiksvall	113	6	20	11	8	11	7	1	2	31	4	7	5
Ljusdal	202	22	22	12	7	33	11	0	10	11	34	28	12
Nordanstig	67	2	20	2	4	9	0	0	0	2	0	17	11
Ockelbo	12	0	0	5	2	1	0	1	0	0	0	3	0
Ovanåker	27	1	2	5	2	4	0	0	2	5	1	5	0
Sandviken	189	7	15	17	10	43	8	2	3	19	23	16	26
Söderhamn	188	15	24	29	26	21	10	2	8	22	6	18	7

Det finns inga uppgifter om det totala antalet brukare med demenssjukdom. Den 31/12 2020 fanns det totalt 551 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård- och omsorgsboenden (egenregi och

externa utförare). Det finns även kunder med demenssjukdom som bor på somatiska enheter. Det finns fortfarande en förbättringspotential när det gäller registreringar och åtgärder med stöd av BPSD-registret, då varje person med demenssjukdom enligt nationella riktlinjer bör få minst en registrering genomförd per år. Antal registreringar är i princip oförändrat jämfört med år 2020.

Projekt BPSD-registret

Under 2021 lånade Valfärd Gävle ut certifierade utbildaren för BPSD-registret till BPSD-registrets nationella projekt om förbättringsarbete. I projektet deltog fem vård- och omsorgsboenden inom egenregi i Gävle, totalt 18 boendeenheter.

Resultat från BPSD-projektet:

- BPSD-symptomen har minskat generellt – en del har halverat symtomen
- Goda resultat på individnivå
- Ökad personcentrering
- Generell ökning av teamarbete
- BPSD-registreringarna har ökat
- Arbetsmetoden har börjat bli implementerad

Multiprofessionellt teamarbete (prioritetsgrad 1 i de nationella riktlinjerna)

Med multiprofessionellt teamarbete menas att minst en hälso- och sjukvårdspersonal och en omvårdnadspersonal har deltagit i BPSD-registreringen. För närvarande är det vanligen en BPSD-administratör och en till undersköterska/kontaktman som utför registreringen.

Här finns det stor förbättringspotential. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat där sjuksköterskor deltagit.

Gävle	2021	2020	2019
Multiprofessionellt teamarbete	37,1 %	30,2 %	19,5 %

Smärtfrihet (uppgift från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Smärta är en vanlig orsak till BPSD. I en del kommuner har man som rutin att först se över smärta och smärtlindring innan andra läkemedel mot BPSD sätts in. Detta tankesätt kan utvecklas vidare inom Valfärd Gävles enheter för vård- och omsorgsboende.

Det är även viktigt att öka användningen av smärtskattningsskalor för att så långt det är möjligt kvalitetssäkra bedömning av smärta då målgruppen demenssjuka kan ha svårigheter att själv uttrycka sig om eventuell smärta.

Andel registrerade personer med bedömd smärtfrihet (uppgifter från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Gävle	2021	2020	2019
Andel smärtfria registrerade personer	80,7 %	74,9 %	70,8
Andel registreringar där smärtskattningsskala använts	23,2 %	16,9%	12,4 %

Det finns utbildningsbehov gällande BPSD-administratörsutbildning, utbildningen är en förutsättning för ett gott multiprofessionellt arbete kring demens och åtgärder för att minska BPSD.

Det har visat sig nationellt att den viktigaste och bästa åtgärden för att minska BPSD är en bra och tydlig bemötande- och kommunikationsplan vilket kan ge en högre grad av personcentrerad omsorg med ökad förståelse och samsyn hos medarbetarna om vad som är viktigt för kunden för att minimera BPSD.

God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syfte är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkätmed frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvaliteten, initiera förbättringsområden samt att följa upp. Vårdförhållanden i Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2021 rapporterades 56,04% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret (2020 rapporterades 56,85%, 2019 rapporterades 51,94%) I registret besvaras frågor kring exempelvis förekomsten av trycksår, smärtlindring och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För att ge en så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede är symtom- och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett strukturerat sätt. Av resultatet nedan framgår att en låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan och ses som ett angeläget förbättringsområde. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård- och omsorgsboenden samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer exempelvis frånvaro av trycksårgrad 2–4, mänsklig närvaro i hemsjukvård och ordination av injektionsläkemedel.

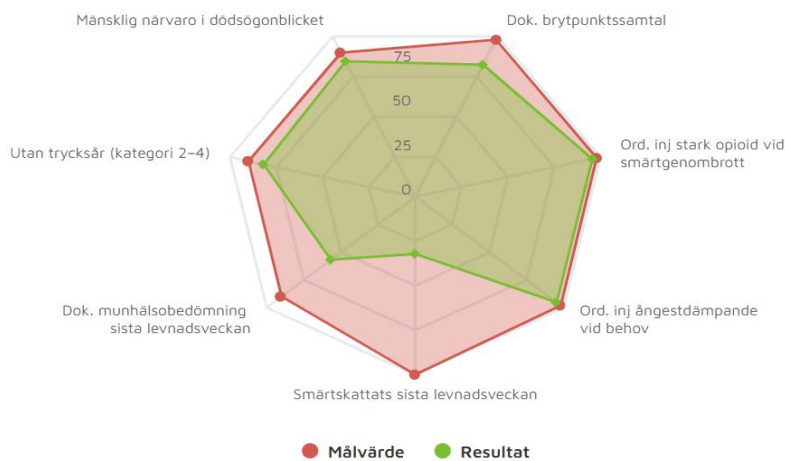
Kvalitetsindikatorer är hämtat ur palliativ registret som visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende och hemsjukvård på de kommande sidorna.

Diagram för urval: Kommun, Gävle, särskilt boende/vård och omsorgsboende,> 65 år, N=187

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2021-01 - 2021-12



Detta är en modifierad rapport

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

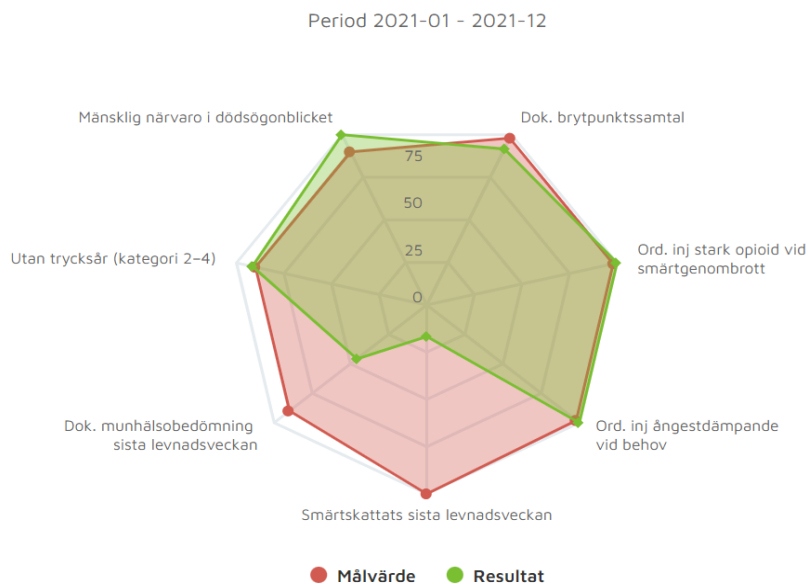
Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,7
Ord. inj ångstdämpande vid behov	98,0	95,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	32,1
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	56,7
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	81,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	84,5

Tabell för ovanstående: Särskilt boende/ Vård-och omsorgsboende

Diagram för urval: Kommun, Gävle, eget hem med stöd av allmän hemsjukvård,> 65 år,
 N= 24

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	16,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	45,8
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	91,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Tabell för ovanstående: Stöd av allmän hemsjukvård

Diagram för urval: > 65 år, per län

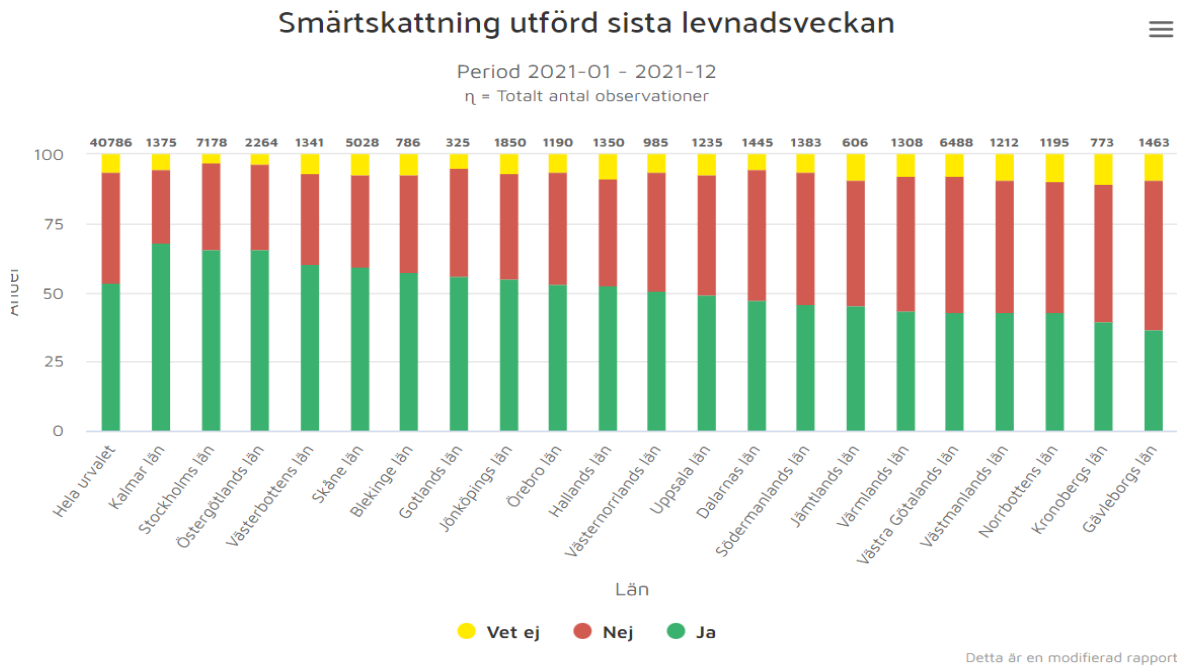
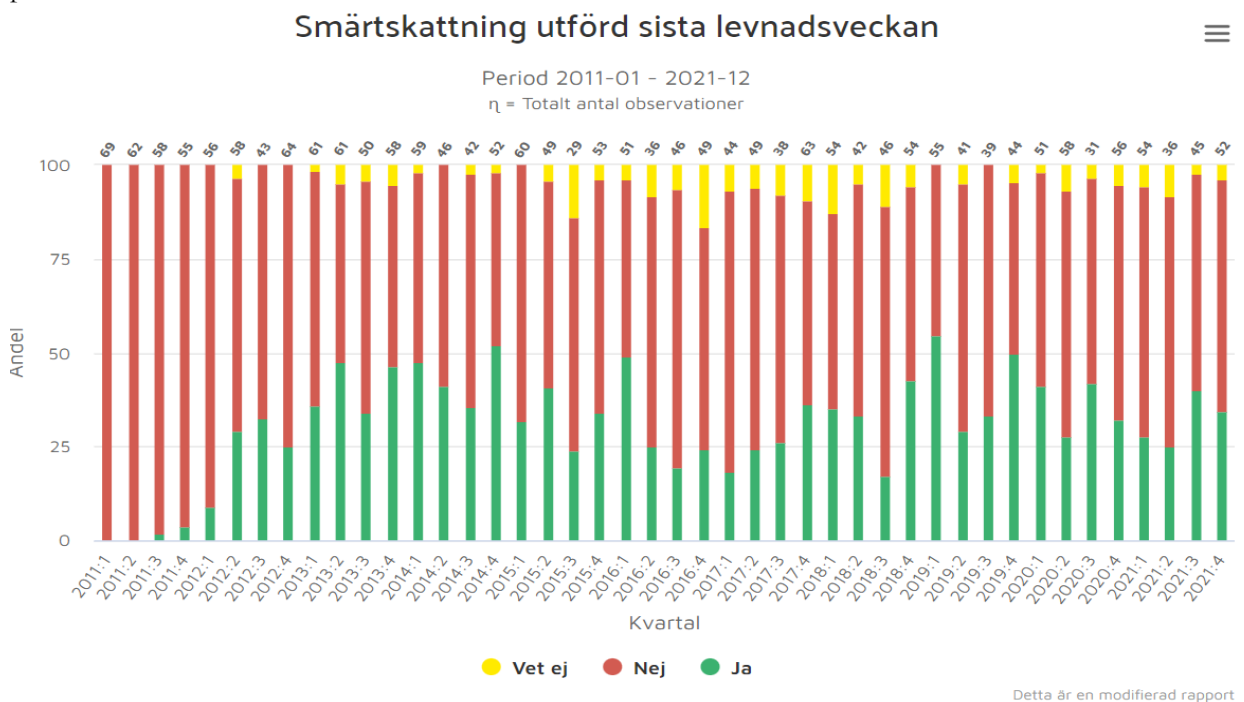


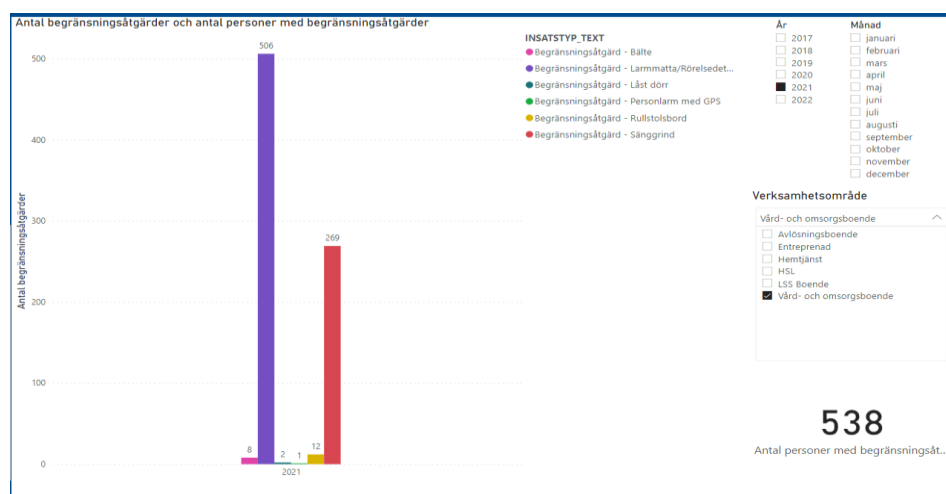
Diagram för urval: Kommun, Gävle, särskilt boende/vård- och omsorgsboende, >65 år, år 2011-2021, per kvartal



Skyddsåtgärder på Vård och omsorgsboende

Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd 2020: 568, 2019: 641, 2018: 657. Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

2021



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Pandemi Covid-19

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

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

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

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

I mitten av Mars 2020 påträffades Covid-19 i Gävle kommun. De första som insjuknade var patienter i hemtjänsten och hemsjukvården. I april 2020 hade samhällsmittan spridit sig till vård och omsorgsboende. Många av både personal och patienter och kunder insjuknade under Våg 1 som pågick till juli månad.

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

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

Våg 2 startade i oktober på samma sätt som våg 1 med början i hemtjänsten och hemsjukvården. Och efter ytterligare någon vecka hade smittan kommit in på vård och omsorgs boendena igen. Samma utveckling var det under våg 3 och våg 4 som båda var 2021. Skillnaden är på våg 4 att Omikron var svår att stoppa och många verksamheter drabbades både patienter och personal.

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

Följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädregler har mätts vid två tillfällen under 2020. Under våren genomfördes mätningen i Gävle kommuns regi och under hösten deltog Gävle kommun i PPM mätningen som arrangerades nationellt via SKR. Under 2021 var ingen verksamhet i egenregi med i mätningen endast en verksamhet som bedrivs på entreprenad.

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

Beredskapsgrupp

I början av mars 2020 påbörjades avstämningar inom Valfärd Gävle gällande covid-19 och den 23 mars tillsattes en beredskapsgrupp med syfte att leda och styra Valfärd Gävle under Covid-19.

Beredskapsgruppen har varit verksam under hela 2021. Beredskapsgruppen leds av sektorchef och övriga deltagare är biträdande sektorchef, kontorschefer, säkerhetssamordnare, kommunikationschef, HR-chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och nämnds samordnare.

Uppgifter för gruppen är:

Besluta om stängning och öppning av verksamheter

Besluta om direkta förändringar i verksamheterna till följd av dagsläget

Följa personalläget och fatta beslut om omfördelningar av personalresurser över kontorsgränser

Fördela resurser från andra sektorer samt andra organisationer

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

Besluta om övergripande kommunikationsinsatser internt eller externt

Samordna kontakter med regionen som inte fångas av andra forum

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

Åtgärder som har vidtagits

Information och instruktioner

Då informationsflödet från olika myndigheter var stort i början av pandemin och det var svårt för verksamheterna att hålla sig uppdaterade gavs i uppdrag till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS att dagligen följa informationsflödet och utifrån det upprätta instruktioner på Valfärd Gävles intranät. Instruktionerna beslutas efter rekommendationer från olika myndigheter samt riktlinjer från smittskydd och Vårdhygien i Region Gävleborg. Detta har skett löpande under dessa år och pågår fortfarande.

Utbildningar och stödmaterial

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

Rapporteringsverktyg

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

Smittspårning

Smittspårning har skett under hela pandemin i samverkan med smittskydd.

Vårdhygien

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

Gemensam Hälso- och sjukvårdsorganisation

I mitten på april 2020 startade en gemensam hälso- och sjukvårdsorganisation inom Valfärd Gävle med syfte att ha en chef som säkerställer bemanning och kompetens i samtliga verksamheter. Risk och konsekvensanalys genomfördes innan införandet.

Covidboende

Valfärd Gävle förberedde tidigt att kunna öppna ett Covidboende på Kristinelund för att säkerställa ett eventuellt ökat behov. Samverkan med Region Gävleborg genomfördes och läkarsamverkan säkrades. Detta boende öppnades aldrig relaterat till att det inte fanns behov för detta. Korttidsenheten på Bergmästaren har under pandemin haft några covidplatser vilket har täckt behovet av Covidplatser. Under 2021 stängdes korttids och behovet har inte funnits att öppna speciella platser för covidsjuka patienter.

Personalprovtagning

I slutet på april 2020 fick Valfärd Gävle tillgång till en specifik personalprovtagning som beslutades och samordnades av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS i samråd med chefsläkare i Region Gävleborg. Då provtagningskapaciteten under en längre tid var begränsad så var det endast nyckelpersoner som fick provtas.

Legitimerad personal var de som prioriterades i början. När provtagningskapaciteten ökade blev provtagningsarna tillgängliga för flera yrkeskategorier.

Denna hantering pågick fram till i slutet på juni 2020 då egenprovtagningen öppnades. Under denna tid provtagits närmare 500 medarbetare. Under senare delen av 2020 och 2021 provtogs personal så fort personal hade symtom eller att det var screening på arbetsplatsen.

Personalprovtagningen bedöms haft en god effekt på smittspridningen och varit ett stöd för chefer i arbetet att förhindra smittspridning

I mitten på maj 2020 tog ett stöd för chefer fram i form att ett frågeformulär där man beskrev hur man arbetade i verksamheterna och vilka åtgärder man vidtagit för att förhindra smittspridning. Detta formulär ersattes under sommaren med Socialstyrelsens lägesbild som är specifikt framtaget för detta ändamål.

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

Vaccinationer

28 december 2020 påbörjades vaccinationer Covid-19 av kunder/patienter boende på särskilda boenden för äldre. Vaccinationerna gavs i två doser med tre veckors mellanrum. Där efter vaccinerades hemsjukvården och LSS gruppboende samt socialpsykiatri med två doser.

Under hösten 2021 har alla patienter erbjudits dos 3.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Mål

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Valfärd Gävle ansluter sig till det målet.

Utifrån den nationella handlingsplanen ska Valfärd Gävle under första halvåret 2022 upprätta en handlingsplan innehållande övergripande strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet så att målet uppfylls.



**God och säker vård
– överallt och alltid**

**Ingen patient ska behöva
drabbas av vårdskada**

Bilaga 1. Tabell för sammanställning

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1 Område, mål, resultat, analys av resultatet, åtgärd, uppföljning åtgärd, omfattning.

Områden	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Trycksår	Vårdgivaren saknar ett målvärde för förekomst av trycksår	År 2021 hade 4,3% av patienterna boende på särskilt boende för äldre trycksår.	Endast 27% av patienterna med trycksår har fått en läkarbedömning av såret.	Arbeta vidare med förebyggande riskbedömningar och tryckförebyggande åtgärder	Uppföljning sker på individnivå an teamen i verksamheterna och övergripande årligen i MAS/MAR enkät	Hemsjukvården har ej varit delaktig i mätningen.	MAS/MAR enkät
Nattfasta	Målet är att nattfastan inte ofrivilligt ska överstiga 11 timmar för någon brukare inom Valfärd Gävles vård- och omsorgsboenden	Mätningarna under de aktuella mättillfällena visar att 86 %, 475 av de inkluderade brukarna erbjöds en nattfasta som var 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 7,5 timmar och medianen 8 timmar.	Av de 553 inkluderade brukarna i mars månads mätning 2021 visar resultatet att 86 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Med ett uppsatt effektmål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Valfärd Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet. Positivt för i vår	Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan	Nutritioners ansvarig dietist initierar och ansvarar för dessa mätningar årligen	Mätningen genomförs på samtliga särskilda boenden för äldre	Nattfasterapport Mars 2021 Dnr:20ON178

			är att resultatet är det bästa sedan april 2016 och åtta boenden nådde 90 % eller högre.				
Fall	Vårdgivaren saknar ett målvärde för minskat antal fallolyckor	År 2021 finns 1719 fallolyckor registrerade för verksamheter inom ON		Alla patienter bör erbjudas individuella riskbedömningar och multifaktoriell a/multiprofessionella åtgärder Alla yrkesprofessioner behöver ha kunskap och kompetens gällande fallprevention			Power Bi

Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Stärka analys, lärande och utveckling

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa