

Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden Välfärd Gävle År 2022



2023-02-08

Ansvarig för innehållet:

Ulrika Carlsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Johanna Storing, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Lena Johansson, Verksamhetschef HSL

Sarah Bydén, Verksamhetschef HSL

Carina Andersson, Verksamhetschef HSL

Peter Sund, Verksamhetschef HSL

23ON51

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
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	11

Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Säker vård här och nu	32
Riskhantering	32
Riskhantering	32
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelse.....	32
Läkemedelsavvikelse	35
Klagomål och synpunkter.....	35
Klagomål och synpunkter.....	36
Journalgranskning.....	40
Öka riskmedvetenhet och beredskap	41
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	41

SAMMANFATTNING

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

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

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter fortsatt arbetet med att förbättra avvikelshanteringen. Exempelvis har fortsatt utbildning samt råd och stöd i processen erbjudits.

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

Flera resultat har förbättrats år 2022 bland annat andelen genomförda läkemedelsgenomgångar, multiprofessionellt arbete vid BPSD och antal genomförda individuella riskbedömningar. Egenregins hälso- och sjukvårdsverksamheter har förnyat inventering och utarbetat ett flödesschema gällande hantering av medicintekniska produkter exempelvis för inköp, kalibrering/kontroll och utbildning i syfte att säkerställa säkerhet och lagkrav.

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

Det har anmälts sex lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO) under år 2022.

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

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

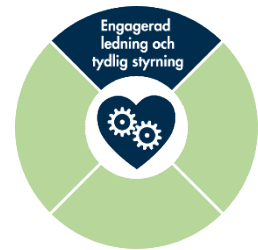
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Mål

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

Strategi

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

Organisation och ansvar

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

I det här stycket beskrivs hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet var fördelat inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde under 2022.

Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stötts av en gemensam förvaltning. Förvaltningen är indelad i fyra sektorer vars uppdrag avgörs av tillhörande nämnder.

Kommunens hälso-och sjukvård tillhör sektor Välfärd 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 Välfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden varav hälso-och sjukvård finns i två av nämnderna. Hälso-och sjukvårdsansvar bedrivs i Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads-och funktionsrättsnämnden.

Omvårdnadsnämnd

Omvårdnadsnämnden är ansvarig huvudman och vårdgivare för den kommunala primärvården 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 hemsjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

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

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

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

Nutritionsansvarig dietist (NAD)

Nutritionsansvarig dietist har rollen som både kravställare och verksamhetsstöd gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. NAD arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och, i det fall det krävs, rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur arbetet med mat, måltider och nutrition bedrivits i verksamheterna. NAD fastställde även rutiner inom det lagstadgade området för att upptäcka, förebygga och behandla undernäring (Socialstyrelsens föreskrift om förebyggande av och behandling vid undernäring HSL-FS 2022:49).

Verksamhetschef HSL

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

Enhetschef, första linjens chef

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

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

Vårdhygien

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

Läkaravtal

I Gävleborgs län finns ramavtal och lokala samverkansavtal för läkarmedverkan framtagna för att säkerställa läkarmedverkan. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Ramavtal och lokala samverkansavtal reviderades under 2020 med ett tydliggörande av att teamsamverkan har en central roll. Detta för att stärka den personcentrerade vården och på så vis säkerställa patientsäkerhet.

Förstärkt samverkan

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

Mobilt sjukvårdsteam

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

Uppsökande tandvård

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

Samverkan Region/ Kommun Covid-19 Pandemin

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2022. Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om gemensamma rutiner gällande Pandemin.

Under året deltog vårdhygien, vaccinsamordnare och smittskyddsläkare från Region Gävleborg och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade. Samverkansmötena genomfördes varannan vecka. Detta forum har varit viktigt under pandemin då man snabbt har satt in lokala åtgärder vid ökad smittspridning samt att vaccinationer har planerats i samverkan.

Chefsläkarmöten

Länets Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och Medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR har regelbundna möten med chefläkare i Region Gävleborg, primärvård och specialistvård. Fokus för dessa möten har varit patientsäkerhetsarbete, identifiera riskprocesser, förbättra flöden och lyfta allvarliga händelser.

Överenskommelse om svårt sjuka

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

Lokal samverkansgrupp Nutrition

Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist NAD ingår från Välfärd Gävle. Gruppen representeras av bland annat verksamhetschef Paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS Ockelbo kommun, primärvårdsdietist, chefläkare allmänmedicin, chefssjuksköterska och logoped. Gruppen har som syfte att skapa en struktur för insatser att stödja verksamheter i planering, genomförande, uppföljning och utveckling för nutritionsarbetet

i regionen och länets kommuner. Gruppen ska bereda underlag till beslut och ta fram handlingsplan, mål och kvalitetsindikatorer inom nutritionsområdet

Lokal arbetsgrupp diabetes

Det tidigare diabetesrådet har bytt namn till lokal samverkansgrupp LSG diabetes och sorterar under den nationella kunskapsstyrningen. Gruppen är en kombinerad operativ och strategisk arbetsgrupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare i gruppen är processägare, primärvårdsläkare, endokrinologer, diabetessjuksköterskor och två Medicinskt ansvariga sjuksköterskor från länets kommuner. Gemensamma utbildningar och framtagandet av en rutin som gäller över vårdgivargränserna har varit fokus under 2022.

Lokal arbetsgrupp primärvård

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

Lokal arbetsgrupp rehabilitering

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

Uppdrag:

Utveckla samverkan i patienternas rehabiliteringsflöden mellan vårdgivare.

Omsätta Lokala programområdets verksamhetsplans aktiviteter.

Initiera GAP-analyser, besluta om handlingsplan och följa upp och kommunicera resultat.

Utse representanter för svar på remisser och implementering av generiska modellen för rehabilitering i diagnosspecifika personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Implementera kvalitetsindikatorer för rehabilitering.

Upprättande av rutiner och bereder underlag till kunskapsstyrningsrådet.

Ge uppdrag till Lokala arbetsgrupper till exempel Länsdelssamverkan.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Under år 2023 har en övergripande riskanalys gällande informationssäkerhet genomförts av informationssäkerhetssamordnare tillsammans med ledningsgrupp för sektor Välfärd.

Under februari fortsätter arbetet med sannolikhets- och konsekvensbedömning samt åtgärdsförslag. När det gäller årliga riskanalyser (NIS/hälso- och sjukvård) så är riskanalys påbörjad för Treserva VO samt att riskanalys för övriga system och nätverk inom hälso- och sjukvård är inplanerade under våren 2023.

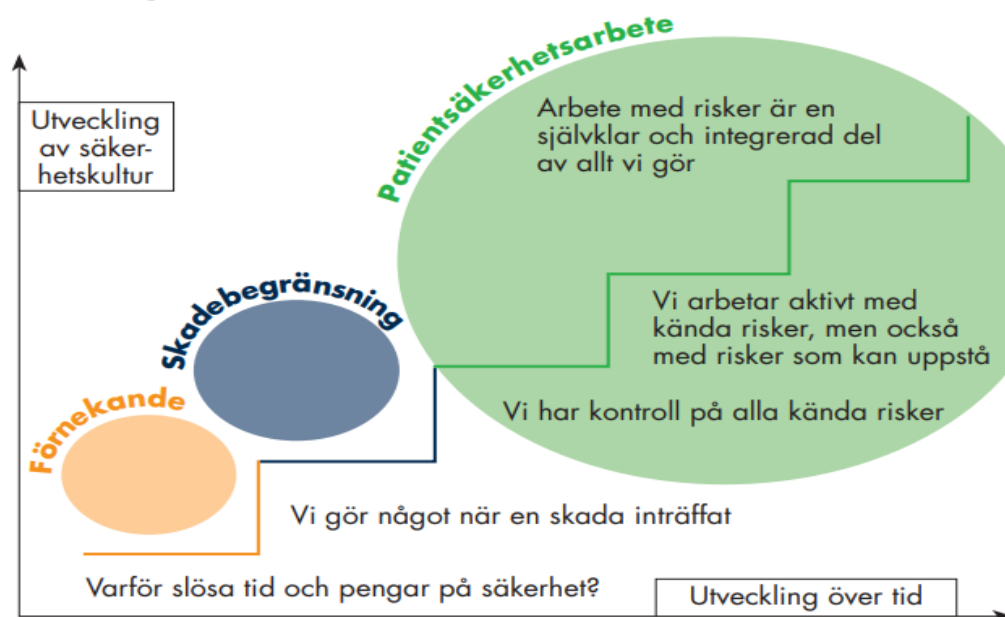
Informationssäkerhetssamordnare och enhetschefer för verksamhetsnära systemförvaltning ska även ta fram en rutin för årlig riskanalys.

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

Loggkontroller i nationell patientöversikt NPÖ sker varje månad.

En god säkerhetskultur

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



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

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

Den 3 december 2021 bjöds Charlotta George från Socialstyrelsen in till ett digitalt dialogmöte om den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och dess fortsatta arbete i kommunen. På mötet konstaterades att Valfärd Gävle befinner sig i förnekelsefasen på säkerhetskulturtrappan vilket innebär att patientsäkerhetsarbetet endast sker reaktivt. I mars 2022 föredrogs patientsäkerhetsberättelsen för år 2021 av medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för Rehabilitering för omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden. Vid nämnderna antogs den nationella målsättningen för patientsäkerhet att gälla för Valfärd Gävle:

God och säker vård – överallt och alltid

Ingen patient ska behöva
drabbas av vårdskada

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

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

Prioriterat under grundläggande förutsättningar för en god och säker vård

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

Prioriterat under de fem fokusområdena - exempel

- Fortsatt arbete för att förbättra avvikelshantering
- Tydliggör indikatorer för verksamheter och säkerställ tillgång till statistik och uppföljning

- Rutin för stöd till patient och anhöriga vid en negativ händelse
- Säkerställ fortsatt implementering av beslutsstöd och nationella vårdförlopp och riktlinjer
- Säkerställ deltagande i relevanta kvalitetsregister och vidareutveckla processer för det
- Stärk samarbetet med vuxenutbildningen för utbildning och möjligheter till språkutbildning
- Differentiering av arbetsuppgifter
- Upprätta rutin för riskbedömning och riskhantering av verksamhet

Projekt sammanhållen och hållbar hälso- och sjukvård och omsorg

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

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

Fas 1 avsåg att se över nuvarande organisationsstruktur och genomföra en organisationsförändring i syfte att underlätta samverkan och personcentrerad vård. Ett förslag togs fram med ett nytt kontor som skulle samla all legitimerad personal och de undersköterskor som enbart arbetar med hälso- och sjukvård för att på så sätt få en sammanhållen, hållbar och jämlik hälso- och sjukvård. För att underlätta samverkan och möjliggöra en personcentrerad vård på ett enklare sätt innehöll förslaget också att göra fyra geografiska teamområden. Samtliga medarbetare som samverkar inom hälso- och sjukvård och omsorg skulle arbeta utifrån dessa gemensamma teamområden. De geografiska teamområdena syftade till att underlätta teamsamverkan genom att medarbetare från de olika kontoren kunde samverka på ett naturligt sätt kring de individer som geografiskt bodde i respektive område. Teamområden syftade också till att

underlätta en personcentrerad vård och omsorg med hög kontinuitet för respektive individ. Samtliga involverade medarbetare och chefer fick möjlighet att ge respons på förslaget om ett nytt kontor och fyra geografiska teamområden genom en webbenkät. En risk-och konsekvensanalys genomfördes tillsammans med fackliga organisationer kring förslaget. Därefter tog sektorchefen beslut om att genomföra organisationsförändring utifrån föreslagen förändring med start 230403.

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

Adekvat kunskap och kompetens

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



I välfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, undersköterskor och vårdbiträden. Hälso- och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård och omsorgsboenden och i hemsjukvård. Verksamheten har sjuksköterskor med specialistkompetens så som distriktssköterskor, demenssjuksköterska men även andra specialister. Det är en framgångsfaktor för personcentrerad vård.

Kompetensutveckling och fortbildning år 2022

- Diabetesutbildning
- SIP- utbildning (webbaserad)
- Tjänstedesign
- Ledarskapsutbildning för mentorer/handledare (sjuksköterskor)
- Inkontinensinformation utifrån nytt avtal
- Sårvårdsutbildning
- Hjärt- och lungräddning HLR
- Utbildning i palliativ vård genom palliativa teamet
- Legitimerade verksamhetschefer i hemsjukvård och hemtjänst har deltagit på seminariedagar för medicinsk rätt.
- Utbildning i Händelseanalys (två verksamhetschefer, två MAS, MAR och en SAS)
- Utbildning i Förändringsledning (Stödfunktioner: MAS/MAR/SAS, projektledare, verksamhetsutvecklare kommunikatörer)
- En arbetsterapeut har genomgått BPSD-utbildning
- En arbetsterapeut och en fysioterapeut har deltagit i utbildning gällande bemötande, rätts-haveristiskt beteende
- Arbetsterapeuter/fysioterapeuter-sjukgymnaster har deltagit i utbildningar som erbjuds av Hjälpmedel SAM
- Arbetsterapeuter/fysioterapeuter-sjukgymnaster har hållit introduktion i förflyttningskunskap för sommarvikarier (omvårdnadspersonal) samt erbjudit enstaka utbildningar för ordinarie omvårdnadspersonal.

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

Välfärd Gävle använder planeringssystem TES:

- TES planeringen grundar sig på kundernas behov och önskemål. I planeringen framkommer vilken insats som ska utföras, när insatsen ska utföras och hur insatsen ska utföras genom hänvisning till ex vårdplaner.

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

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

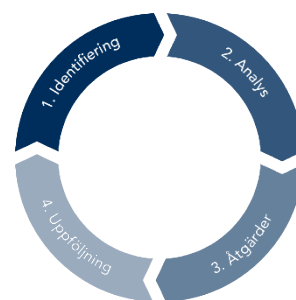
Personcentrerad vård ska styra planering så att patientens mål uppfylls.

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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Trycksår	Vårdgiva ren saknar ett tydligt målvärde för förekomsten av trycksår förutom att förekomsten ska minska	År 2022 hade 4% av patienterna boende på särskilt boende för äldre trycksår. 79% av dessa trycksår har uppkommit i den egna verksamheten	Endast 31% 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 ärligen i MAS/MAR enkät	Hemsjukvården har ej varit delaktig i mätningen	MAS/MAR enkät
Läkemedelsgenomgångar	Samtliga patienter med kommunal primärvård ska få minst en läkemedelsgenomgång/år	År 2022 har 88% får en läkemedelsgenomgång	Resultatet har ökat från 69% till 88%. Denna positiva ökning bedöms bero på återhämtning efter pandemin	Arbeta vidare med detta för att uppnå målet	Uppföljning av resultatet ska ske löpande av verksamhetschef i samverkan med ansvariga hälsocentraler	Hemsjukvården har ej varit delaktig i mätningen	MAS/MAR enkät
Förebyggande riskbedömningar	Patienter inom kommunal	År 2022 har fler patienter fått riskbedömning jämfört med de	Det kvarstår arbete för att alla patienter ska få	Ställningstagande gällande frågeställning			

	<p>primärvård ska få riskbedömning gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa enligt rutin</p>	<p>två föregående åren, vilket redovisas i detta dokument.</p>	<p>riskbedömningar enligt rutin</p>	<p>en att återgå till att använda kvalitetsregistret Senior alert vilket Välfärd Gävle deltog i under åren 2010-2019</p>			
<p>Nattfasta</p>	<p>Målet är att nattfastan inte ofrivilligt ska överstiga 11 timmar för någon brukare inom Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden</p>	<p>Mätningen i mars 2022 visar att 82 % av de inkluderade brukarna erbjöds en nattfasta som var 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 8 timmar och medianen 9,6 timmar.</p>	<p>Med ett uppsatt effektmål om att <u>alla</u> brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, har flera av Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden en hel del jobb kvar att göra för att nå målet. Positivt för i år är att tre enheter nådde 95% eller högre.</p>	<p>Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan</p>	<p>Nutritioners ansvarig dietist initierar och ansvarar för dessa mätningar årligen samt ger verksamheterna stöd i att förbättra eller bibehålla sitt resultat.</p>	<p>Mätningen genomförs på samtliga särskilda boenden för äldre,</p>	<p>Nattfastera pport - höst 2021 och vår 2022 Dnr:22ON402</p>

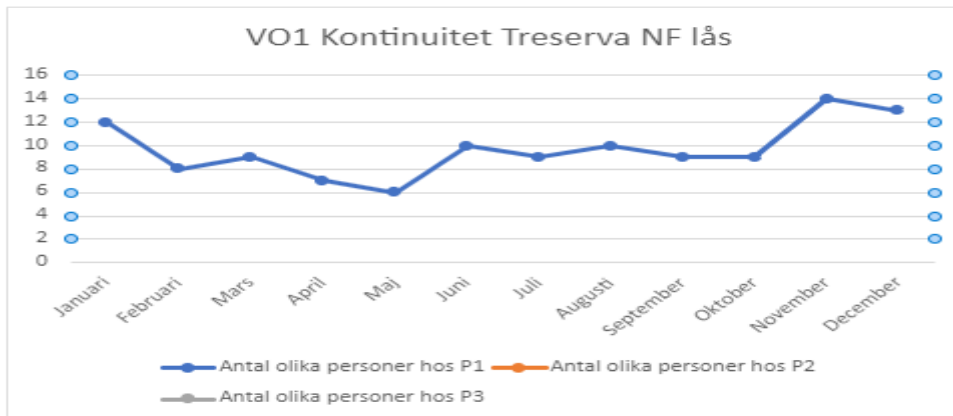
Extern Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

Hemsjukvårdens mål för patientsäkerhet 2022

Under år 2022 har verksamhetsområde hemsjukvård i sin verksamhetsplan haft fyra mål relaterade till patientsäkerhet. Dessa har följts upp månatligen och kommunicerats på arbetsplatsträffar. Målen har gällt läkemedelsavvikelser, fall, BHK samt väntetider på smärtlindring.

Måluppfyllnad: Uppfyllt

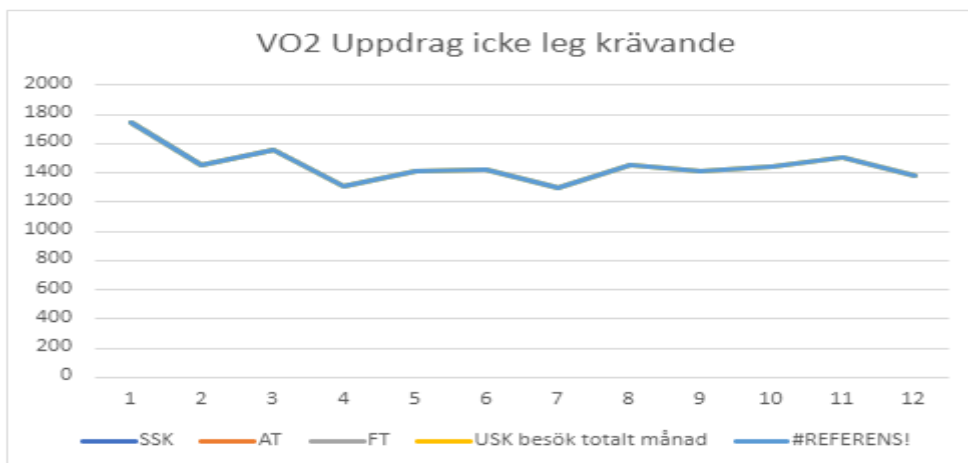
VO1 Antalet personer som vårdar en patient ska minska.



Sedan förändringsarbetet startat ses en minskad numerär/personer som besöker/vårdar en patient.

Det innebär ökad kontinuitet och trygghet för patienten och bättre kännedom om patient för vårdutförare, under sommarmånaderna ses en ökning vilket är relaterat till sommarvikarier. Ökning i slutet av året är relaterat till försämring av tillståndet för referenspersoner som krävt fler och tätare insatser över dygnet. VÅBO rapporterar en trygg vård nattetid på boendena efter förändring, relaterat till kontinuitet och personal/patient kännedom.

VO2 Uppdrag som inte kräver legitimerad personal ska minska. Uppfyllt

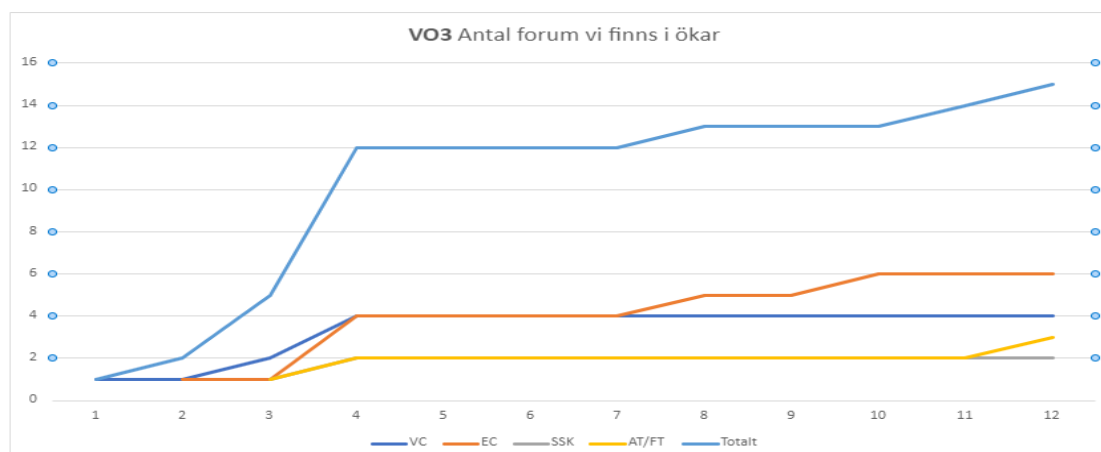


Janua ri Februa ri Mars April Maj Juni Juli Augu ti Septemb er Oktobe r Novemb er Decemb er

1747	1455	1559	1305	1409	1420	1293	1450	1412	1448	1510	1377
1747	1455	1559	1305	1409	1420	1293	1450	1412	1448	1510	1377

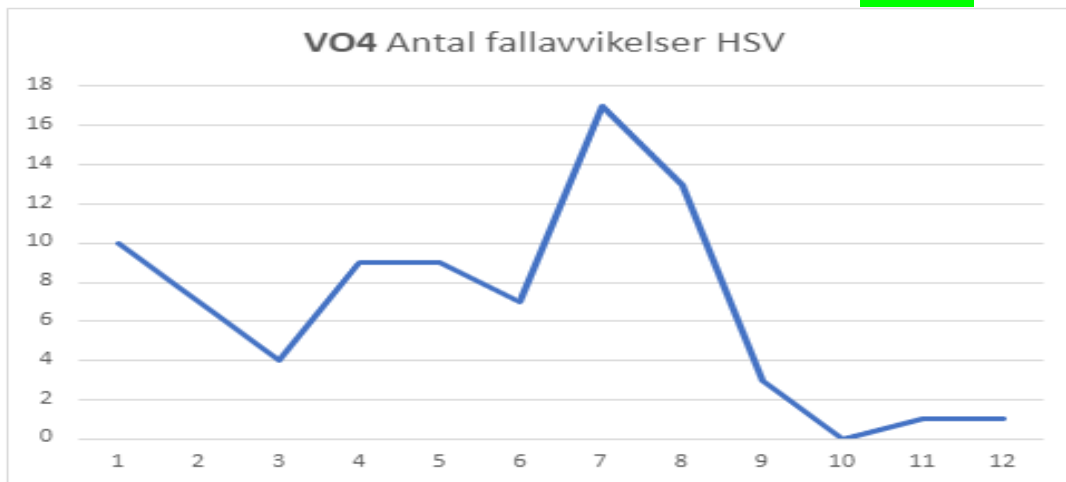
Under året har 10 personer (usk) utan legitimation arbetat i verksamheten för att klara dessa. Kurvan har under året legat relativt stabilt, och torde öka under 2023, då antalet USK i verksamheten ökar och borde ge en avlastande effekt på SSK.

VO3 Antal forum vi finns i ökar: Uppfyllt



Under året har samverkans forum och utvecklingsform där hemsjukvården representerade ökat. Det är framför allt i forum med regionen och andra privata samarbetspartner där representationen Detta bedöms ge positiv bäring på samverkan, förståelse, utveckling och delaktighet i nära vård.

VO4 antal fall och läkemedelsavvikelser inom HSL minskar: Uppfyllt



Janua ri	Februa ri	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augus ti	Septemb er	Oktobe r	Novemb er	Decemb er
10	7	4	9	9	7	17	13	3	0	1	1
10	7	4	9	9	7	17	13	3	0	1	1

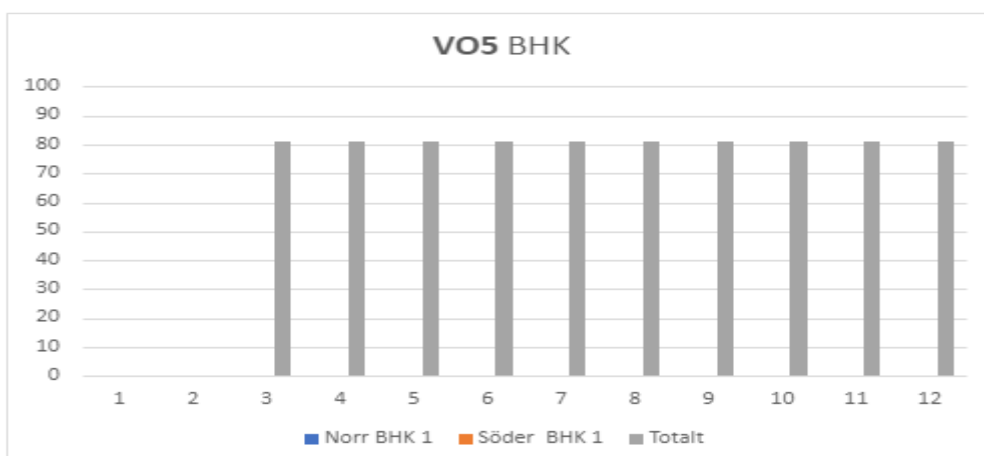
Antal registrerade fallavvikelser inom HSL är fortsatt låg. Kurvan visar att antalet avvikelser är lågt och korrelerar med kurvan av korttidsfrånvaro. Under sommarmånaderna ses en ökning av antalet fall.



Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
4	3	3	3	4	3	5	5	3	4	1	2
4	3	3	3	4	3	5	5	3	4	1	2

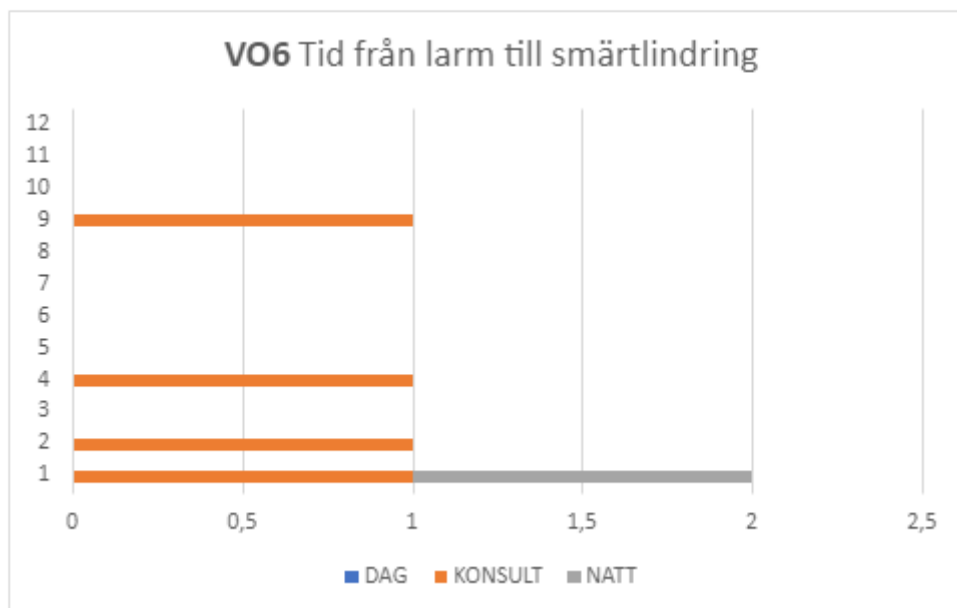
Antalet inrapporterade läkemedelsavvikelser inom HSL ligger fortsatt lågt. HSV ingår i projektet med digitala signeringslistor och digitala delegeringar som bland annat har i syfte att sänka antalet avvikelser i läkemedelshantering. Kurvan visar att antalet avvikelser minskar i förhållande till korttidssjukskrivningar. Dvs Låga sjukskrivningstal, färre avvikelser. Även här ses en viss ökning under sommarmånaderna.

VO5 BHK (basala hygien och klädrutiner) **Delvis uppfyllt**



I mätningar gjorda i verksamheten för efterlevnad av basala kläd och hygienkunskaper. Var klädsel och hygien korrekt i 81% av mätningarna. Mätningar kommer fortsätta och redovisas samt diskuteras och vid behov utbildas i verksamheten.

VO6 Tid från larm till smärtlindring, minskade antal avvikelser: Uppfyllt

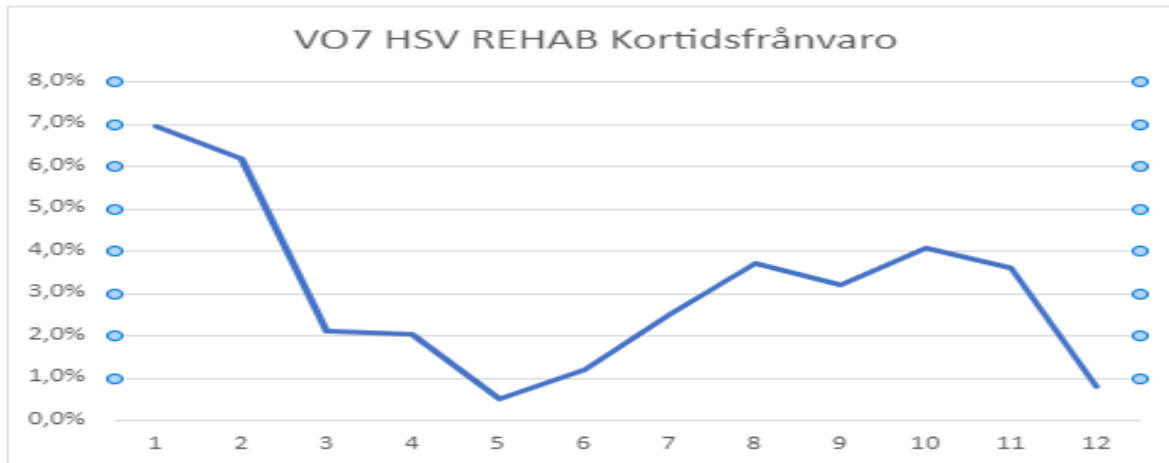


Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0

En succesiv sänkning ses under året totalt 5 avvikelser, samtliga äger rum på jourtid. Avvikelserna gör gällande patienter med cancersjukdom som fått vänta i upp till två timmar på smärtlindring. Som avvikelsefaktorer uppges, att sjuksköterskor varit upptagna på andra uppdrag som inte har krävt sjuksköterskas kompetens men där patienten inte haft hemtjänst (Apodos givning i glesbygd, samt hjälp med basal hygien). Även överbelastad kvällsorganisation har uppgetts.

Verksamhetsområdet har ökat bemanningen kvällstid, samt driver frågan vidare om uppdrag om uppdrag som inte kräver legitimation. Sedan ökad bemanning kvällar start i april, ses antalet avvikelser minskat.

VO7 Minskad korttidsfrånvaro under 5%: Uppfyllt



Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
7,0%	6,2%	2,1%	2,0%	0,5%	1,2%	2,5%	3,7%	3,2%	4,1%	3,6%	0,8%

Målet uppfyllt. Korttidsfrånvaron ligger i snitt på 3,3 % under året.

Verksamheten har även arbetat kraftfullt och aktivt med att minska övertiderna, som nu minskat med 65%.

Även arbete med förbättringsarbetet, som hunnit behandla natt, kvällsorganisation, där ett av syftena med förändringen är förbättrad arbetsmiljö.

Kurvorna tyder på en kausalitet mellan sjukskrivningar och avvikelser.

Arbetet med förbättrad arbetsmiljö och att minska övertiden har lett till minskad korttidsfrånvaro, minskad korttidsfrånvaro har i sin tur lett till ökad patientsäkerhet i form av minskade avvikelser. Minskning av långtidsfrånvaro.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Lex Maria

Det har lämnats in sex lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO) under år 2022.

Två ärenden har gällt trycksår. Bakomliggande orsaker till uppkomna trycksår har varit bristande kunskap inklusive riskhantering kring de aktuella trycksårsförebyggande hjälpmedlen. I ett av ärendena fanns det även en osäkerhet kring när trycksåren uppstod.

Tre ärenden har gällt fallskador. Två ärenden medförde frakturer med fördröjd behandling och ett ärende dödsfall. Bakomliggande orsaker har identifierats som bristande introduktion, omsättning av legitimerad personal/chefer vilket påverkat det förebyggande arbetet samt påverkan av pandemin.

Ett ärende har gällt att en patient fick vaccination med ett vaccin där sista förbrukningsdag var passerad. Bakomliggande orsaker var förpackningens märkning, att vaccinet inte skulle förvaras i det kommunala förrådet samt brister angående följsamhet till gällande städrutin för läkemedelsförrådet.

Åtgärder för ovanstående ärenden har exempelvis omfattat fortsatt handledning och utbildning i enskilda ärenden. Att dokumentera tydligt i daglig planering angående kontroll av hjälpmedel. Påtalat behov av en grundläggande utbildning för omvårdnadspersonal gällande hjälpmedel inklusive riskhantering samt att säkerställa arbetssätt för förebyggande arbete, avvikelshantering och städning av läkemedelsförråd.

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 regi och i egenregi bjudits in. Deltagandet har varit stort, mellan 80-100st personer har deltagit vid varje digitalt möte via Teams. I utvärderingen har framkommit att mötet har varit uppskattat och att framgången till stort deltagande har varit att mötet har skett digitalt. Dock syns tydligt i utvärderingen att legitimerad personal inte alltid får förutsättningar för att delta på forumen samt att man saknar att det som utbildas i följs upp i verksamheterna och blir verkstad.

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

Teman under 2022 har varit:

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

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



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.

2022 års resultat innefattar endast de som bor på särskilt boende för äldre då hemsjukvården valt att inte besvara enkäten relaterat till kort svarstid.

2022

		Vård- och omsorgsboende	
		Antal	Andel
Bakgrundsinformation	Platser	1043	
	Äldre med i studien	1043	100%
Hög risk för biverkningar	Neuroleptika	135	13%
	Antidepressiva	511	49%
	Lugnande och sömnmedel	361	35%
Polyfarmaci	2-3 av ovan	287	28%
	Mer än 10 medel	356	34%
	Mer än 20 medel	15	1%
Olämpliga läkemedel	NSAID	29	3%
Eventuella bristande rutiner	Laxantia	533	51%
	Årlig läkemedelsgenomgång	901	86%

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%

Analys av resultatet när det gäller läkemedelsanvändningen 2022 skiljer sig inte nämnvärt från tidigare års resultat. Något som dock noteras är att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar har ökat från 68% till 86%. Detta resultat bedöms bero på att man i verksamheterna börjar att återhämta sig från pandemin och komma tillbaka till de resultat som man hade innan pandemins uppkomst. Flemminggatans vård -och

omsorgsboende har inte inkommit med sina resultat därav ingår inte dessa i denna redovisning.

Då läkemedelsgenomgångar är en av de parametrar som fortlöpande ska följas upp i verksamheterna tillsammans med ansvarig hälsocentral så finns ett förbättringsbehov i hemsjukvården då deras resultat inte kan presenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

Basala hygienrutiner och klädregler

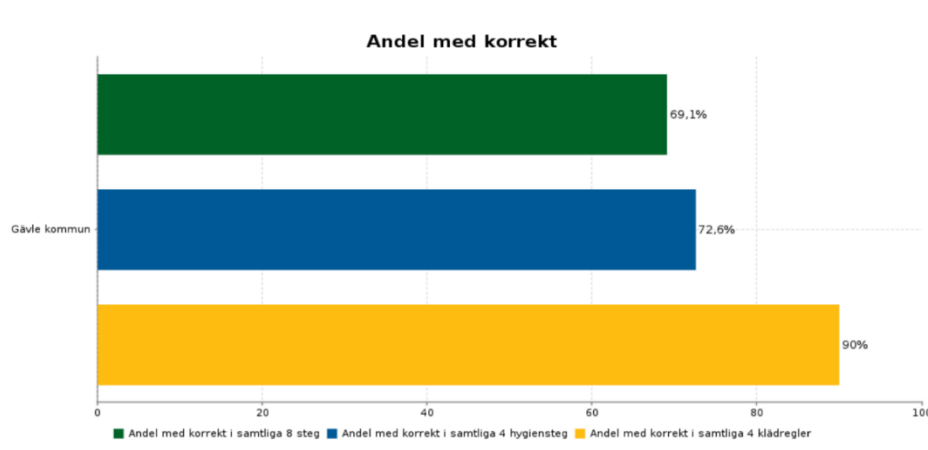
Egenkontroll av BHK basala hygienregler och klädregler skall enligt rutin mätas minst en gång per år samt vid behov i alla verksamheter där vård och omsorg utförs för att minska smittspridning i verksamheterna.

PPM punktprevalensmätning SKR

I den kommunala primärvården inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde har 11 vård och omsorgsboenden genomfört den nationella mätningen under 2022.

Inom hemsjukvården har 18 observationer genomförts på sjuksköterskor och 15 observationer har genomförts av Rehabenheten.

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



God vård vid demenssjukdom – BPSD-registret

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

psykiska symtom vid demens (BPSD), det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Ungefär 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande 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 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. Efter överenskommen tid görs utvärdering då hela processen genomförs igen.

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



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

	2022	2021	2020
Antal registreringar	391	432	428
Antal registrerade personer	251	263	264

Multiprofessionellt teamarbete (prioritetsgrad 1 i de nationella riktlinjerna)

Med multiprofessionellt teamarbete menas att minst en HSL-personal och en SoL-personal har deltagit i BPSD-registreringen.

Här finns det fortfarande förbättringspotential men en rejäl förbättring sedan tidigare år. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat där HSL-personal deltagit.

	2022	2021	2020
Multiprofessionellt teamarbete	62,1 %	37,1 %	30,2 %

Smärtfrihet (uppgift från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Smärta är en vanlig orsak till BPSD. Det är 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)

	2022	2021	2020
Andel smärtfria registrerade personer	78,6 %	80,7 %	74,9 %
Andel registreringar där smärtskattningsskala använts	24,8 %	23,2 %	16,9 %

Bemötande- och kommunikationsplaner

Det finns brister i kvalitén av bemötande- och kommunikationsplaner. Det har visat sig nationellt att den viktigaste och bästa åtgärden för att minska BPSD är en bra och tydlig bemötande- och kommunikationsplan. Där behövs det mer kunskap om vilket innehåll det ska vara. I verksamheter där man reviderat bemötande- och kommunikationsplaner tillsammans i arbetslaget har det blivit en högre grad av personcentrerad omsorg med ökad förståelse och samsyn hos medarbetarna om vad som är viktigt för kunden för att minimera BPSD.

Ökad satsning på god demensvård

Under året inrättades en ny tjänst som demenssamordnare samt ett demensteam bestående av demenssamordnaren och en undersköterska på 50 %. Demensteamet har varit i projektform.

Demensteamets uppdrag har främst varit utbildningsinsatser och handledning i kundärenden med BPSD-problematik.

BPSD-administratörsutbildning

Under året har sju BPSD-administratörsutbildningar genomförts, varav en för externa utförare. I och med dessa utbildningar har 46 nya medarbetare genomgått utbildningen. Totalt antal medarbetare i Gävle kommun som genomgått BPSD-administratörsutbildningen sedan 2012 är 592 personer.

Undernäring

Inom Valfärd Gävle finns idag inga mätningar som vittnar om andel undernäring bland patienterna. Tidigare (innan 2019) så kunde vi följa data över antal patienter som fått en riskbedömning för undernäring och utifrån den också en utredning av bakomliggande orsaker, en åtgärd och om man hade fått åtgärden utförd. Vi kunde också se hur många som hade BMI undervikt (under 22 för patienter över 70 år). Sedan utträdet ur Senior Alert har dessa siffror inte kunnat följas och vi vet idag ingenting om hur utbredd undernäringen är i Valfärds verksamheter.

Det enda mått inom nutrition som Valfärd mäter idag är längden på patienternas nattfasta. Nattfastan är en del i utredningen kring undernäring och ska mätas individuellt inom varje nutritionsutredning för att ta reda på varför en person gått ner i vikt.

Nattfastan mäts också årligen på gruppnivå. Från 2022 har beslut tagits att mätningen sker en gång per år till förmån för att lägga mer resurser på att förbättra nutritionsomhändertagandet och mindre resurser på själva mätningen som tar mycket tid i anspråk. Innan 2022 mättes nattfastan två gånger per år.

Nattfastan skall inte överstiga 11 timmar för patienter på vård- och omsorgsboende inom Valfärd Gävle. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan.

Av de 489 inkluderade personerna i mars månads mätning 2022 visar resultatet att 82 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 8 timmar och medianen 9,6 timmar. Positivt för mätningen var att tre enheter nådde 95% eller högre.

Med ett uppsatt mål 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, men många enheter har mycket jobb kvar att göra för att rutinerna ska sätta sig. På enheter med stor rörlighet i både chefspositioner och bland medarbetare är risken stor att

rutinerna kring nattfastan inte prioriteras. Att ha kontinuitet i både ledarskap och i arbetsgruppen är av stor vikt för att patienterna ska få en god omvårdnad vad gäller mat, måltider och nutrition.

God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp. Vålfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2022 rapporterades 55,6% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret (2021 rapporterades 56,04%, 2020 rapporterades 56,85%, 2019 rapporterades 51,94%) I registret besvaras frågor kring exempelvis förekomsten av trycksår, smärtlindring och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För att ge en så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede är 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.

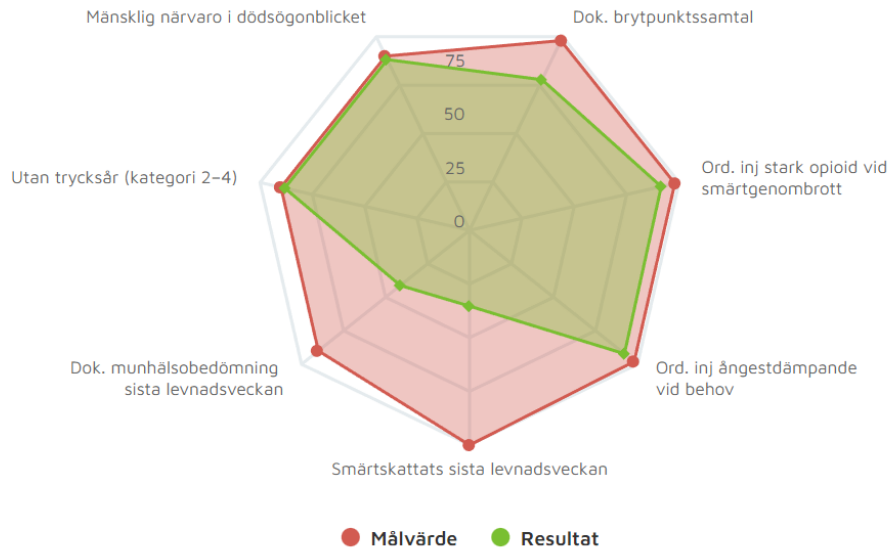
Kvalitetsindikatorer är hämtade ur svenska palliativregistret och visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende/LSS respektive hemsjukvård nedan.

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

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2022-01 - 2022-12



This is a modified report



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

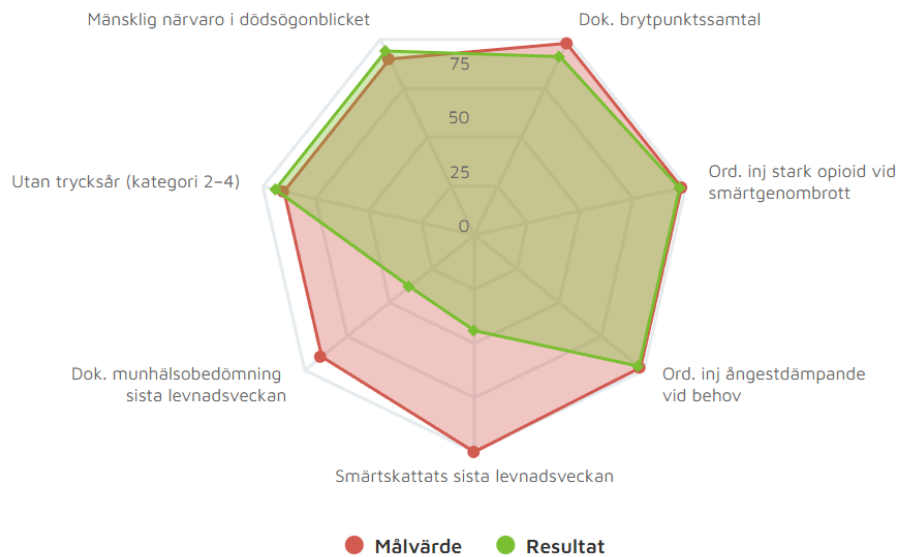
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,8
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	91,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	35,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	41,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,2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

Urval: Gävle kommun, Eget hem- med stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N=34

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2022-01 - 2022-12



This is a modified report



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	97,1
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	44,1
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	38,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	94,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	94,1

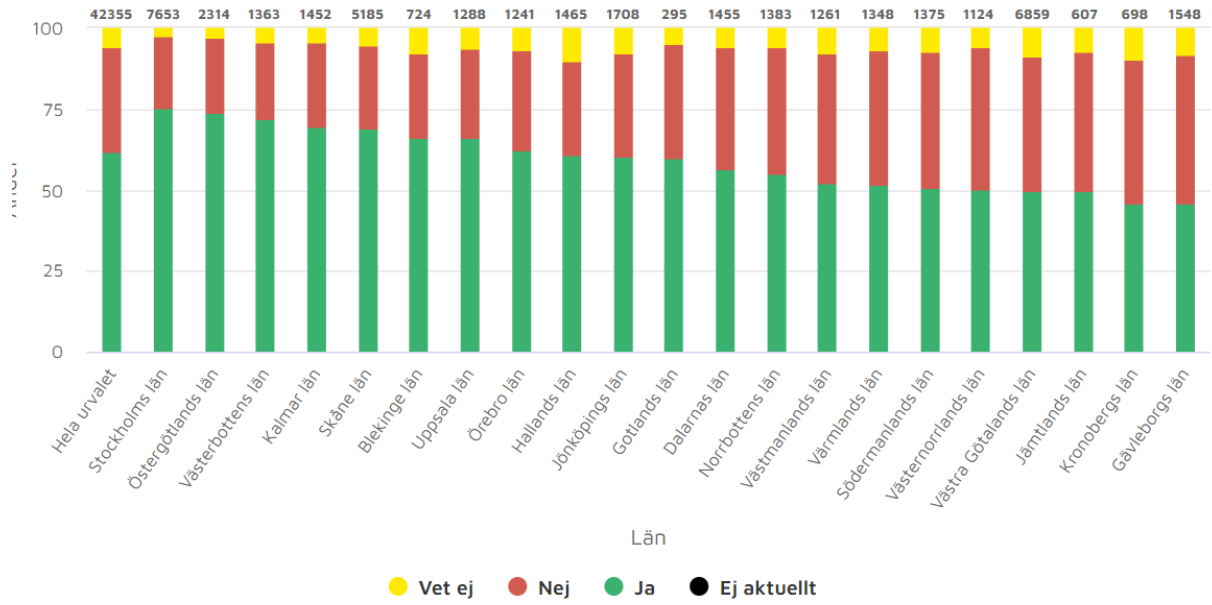
Urval: >65 år, per län

Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



Period 2022-01 - 2022-12

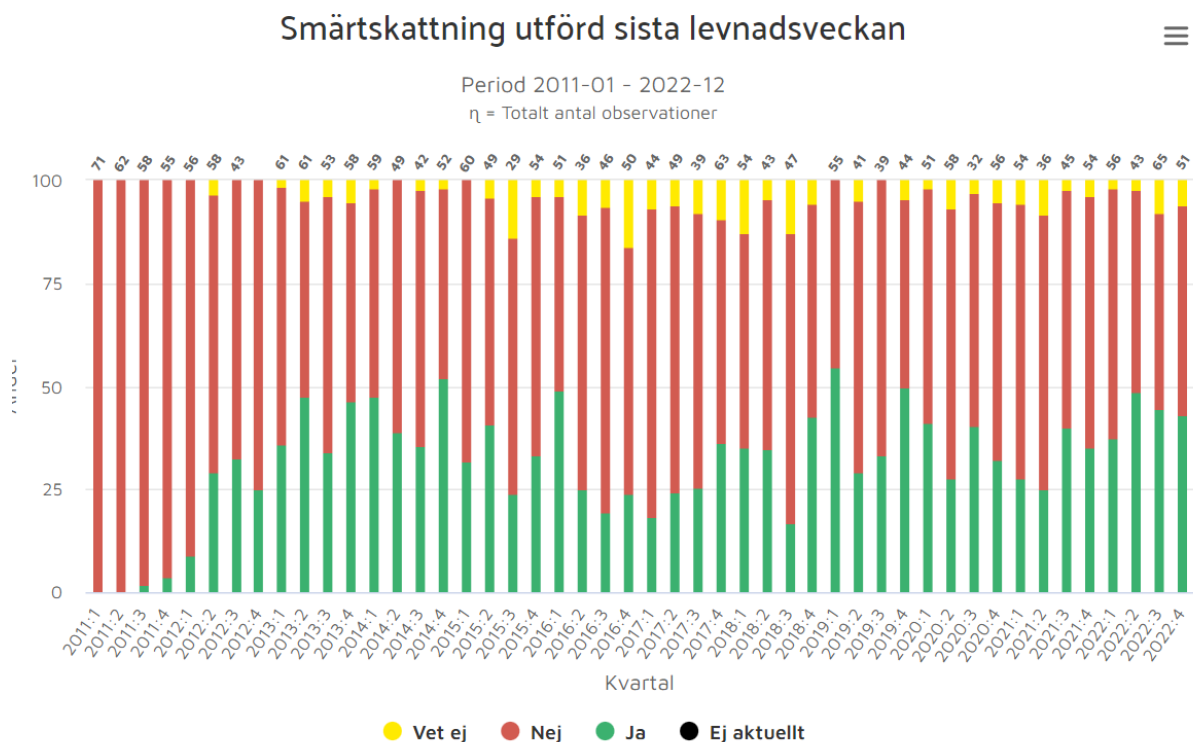
n = Totalt antal observationer



This is a modified report



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



Medicintekniska produkter

Egenregion påbörjade en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021. Våren 2022 gjordes ett omtag i inventeringen. Två verksamhetschefer (legitimerade) initierade arbete med ledningsgrupp och arbetsgrupp för medicintekniska produkter - MTP.

Arbetsgruppen leds av enhetschef (legitimerad) med, av verksamhetscheferna tilldelat, beslutsfattande mandat och arbetsgruppen består av legitimerade medarbetare. Flödesschema för processen vid upphandling/inköp, registrering/dokumentation, utbildningsbehov, kontroll/kalibrering/avveckling är framtagen i syfte att kvalitetssäkra alla delar i hantering av MTP.

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

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

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

Säker vård här och nu

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



Riskhantering

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

Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Detta kan innefatta inhyrd personal, bemanning inför sommar etcetera. Inför upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen har ingen verksamhet med hälso- och sjukvårdsansvar inkommit med uppgifter hur denna hantering genomförts och vad resultatet visat.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

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

Under året 2021 reviderades rutinerna för avvikelshantering utifrån den utredning som tidigare genomförts. Syftet var att förenkla och förbättra processen. Under 2022 har samtliga chefer erbjudits utbildning i avvikelse och klagomålshantering. På vård- och omsorgsboende har man under 2022 tillsatt en resursperson som fått i uppdrag att besöka verksamheter för att stödja i avvikelshantering. I uppdraget har ingått att utreda och avsluta äldre avvikelser i verksamhetssystemet samt att utgöra stöd till chefer och legitimerade vid utredning av nya avvikelser. Inom flertalet verksamheter har avvikelsemöten planerats in kontinuerligt med medlemmar i tvärprofessionella teamet där utredning och åtgärder för avvikelser.

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

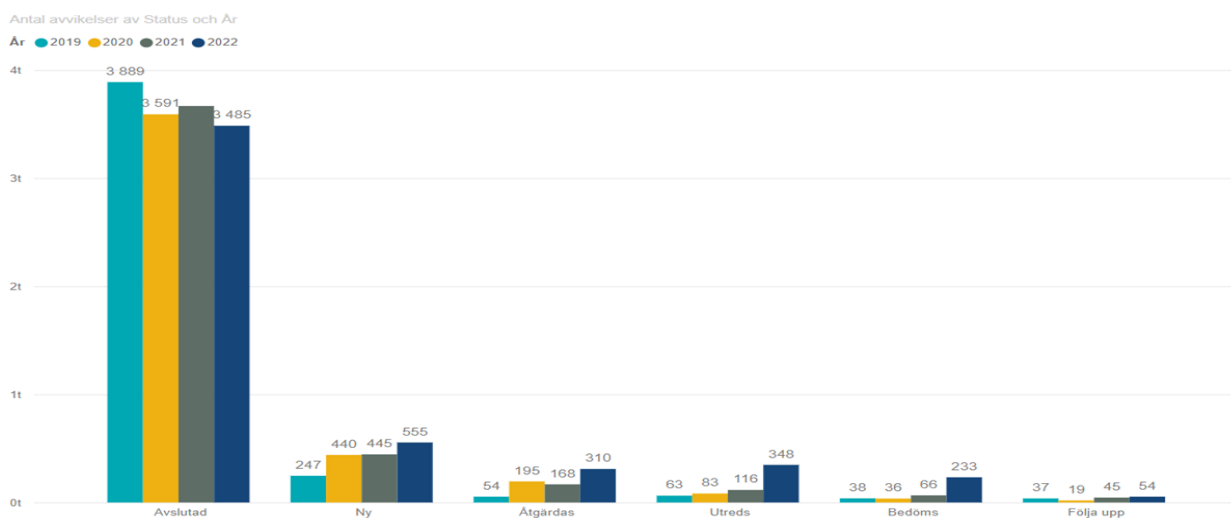
Enligt nya rutinen ska cheferna analysera statistik utifrån sina avvikelser, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sedan vidare till Kvalitetsteamet. Då detta inte har inkommit till kvalitetsteamet redovisas endast övergripande statistik utan djupare analys.

Trenden på antal avvikelser är stigande mellan år 2020 och 2022 och andelen ej hanterade avvikelser har ökat från 445 till 555 från 2021. Av avvikelserna totalt så har det registrerats 4985 st varav 1111 st (22%) inte har sannolikhets- och allvarlighetsbedömts och av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare antingen som Lex Maria eller Lex Sarah.

Vanligast förekommande avvikelserna är fall och läkemedelshantering

Avvikelser (Power Bi)	2020	2021	2022
Totalt antal avvikelser Välfärd Gävle Omvårdnadsnämnd	4364	4508	4985
Vård- och omsorgsboende	3270	3183	3476
Hemsjukvård	197	289	349
Hemtjänst/natt och larm	1050	1249	1420

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



Status per månad samtliga vård och omsorgsverksamheter

Avvikelser - status

4 985

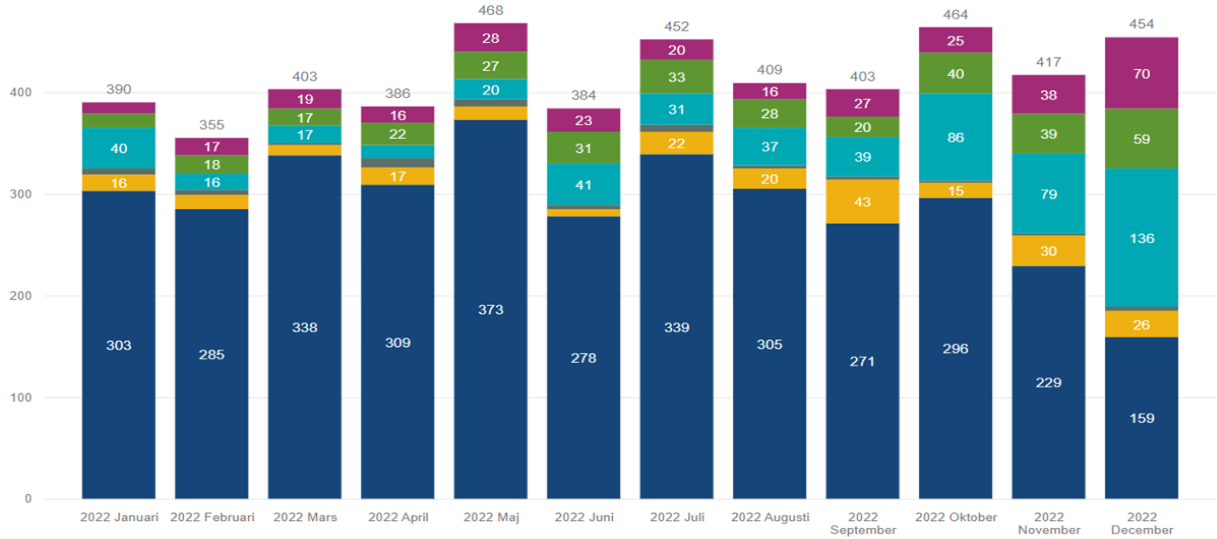
Antal avvikelser

1 328

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

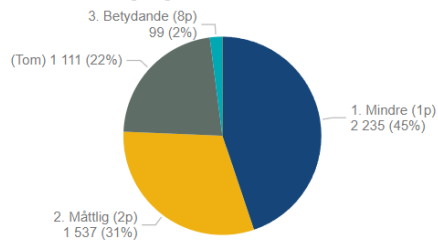
Antal avvikelser av År, Månad och Status

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



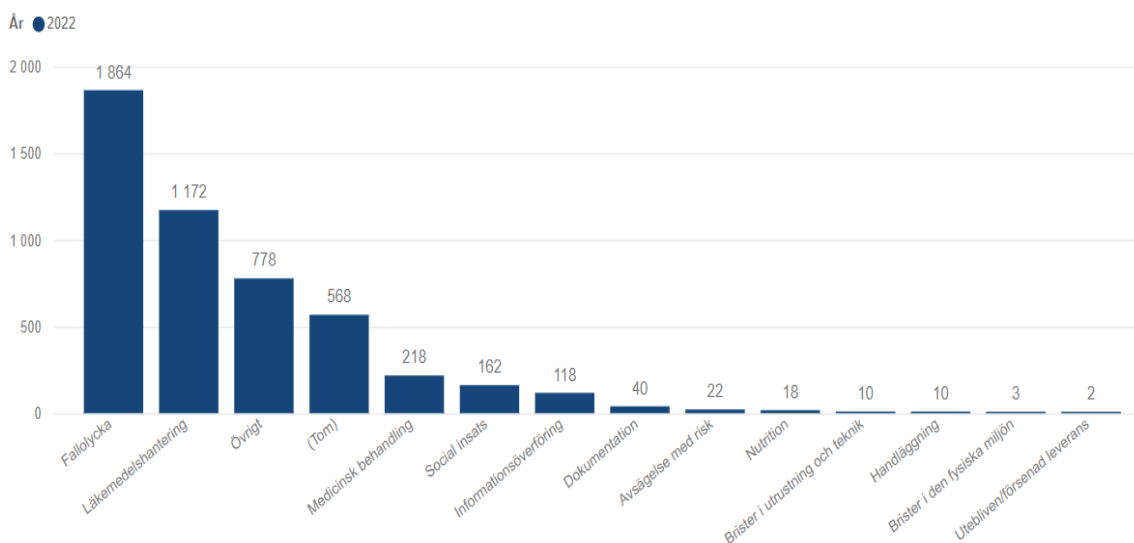
Bedömd allvarlighetsgrad samtliga vård och omsorgsverksamheter

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Aktivitet samtliga vård och omsorgsverksamheter

Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År



Fallavvikelser

Fallavvikelser är den vanligast förekommande avvikelser inom Vårld Gävle, för exempelvis vård- och omsorgsboende utgör dessa 46% av totala antalet avvikelser 2022.

Fallavvikelser (Power Bi)	2019	2020	2021	2022
Totalt antal fallavvikelser Vårld Gävle -ON	1882	1798	1725	1857
Vård- och omsorgsboende	1689	1637	1491	1589
Hemsjukvård	114	94	108	163
Hemtjänst/natt och larm	80	69	68	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”.

Läkemedelsavvikelser

Under 2022 har flertalet vård- och omsorgsboenden utrustats med läkemedelsskåp i varje enskild lägenhet. Detta enligt ett beslut som funnits sedan långt tillbaka men som har dragit ut på tiden i och med pandemin. Denna åtgärd förväntas att göra läkemedelshanteringen säkrare.

En annan åtgärd som påbörjats under 2022 är införandet av digitala signeringslistor. Dessa säkrar upp att den som signerar att man givit ett läkemedel är delegerad för uppgiften samt att åtgärden utförs i rätt tid. Den digitala signeringslistan är utrustad med en påminnelsefunktion. Denna åtgärd gör även att sjuksköterskor kan följa upp läkemedelshanteringen i realtid.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter

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

Skriftliga klagomål ska 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. Detta har inte inkommit till kvalitetsteamet från samtliga

verksamhetsområden utan det som redovisas nedan är det som inkommit. Antal registrerade klagomål för i diariet är 120 st för Omvårdnadsnämnden under år2022.

Verksamhetsområde vård- och omsorgsboende, Solberga, Hilleborg, Selggrens, Gävle Strand och Vallongården

I området har det under 2022 inkommit klagomål till verksamheterna i form av 2 klagomål att medarbetare kört för fort, åtgärd information och dialog i berörd arbetsgrupp.

1 klagomål gäller myror i kunds lägenhet, åtgärd kontakt med Anticimex som åtgärdade problemet.

1 klagomål kring maten, åtgärd verksamheten bjöd in nutritionsansvarig dietist till inspirationsföreläsning, något som verkligen uppskattades av både medarbetare och chefer.

1 anonymt klagomål gällande bemötande, verksamheten har genomfört förbättringsarbete kring värdegrunden.

2 klagomål gäller brister i svenska språket och kompetens för sommarvikarier. Åtgärder för kontor boende och stöd i hemmet är ramverk för semesterplanering 2023.

Enheten ska alltid ha minst 65% ordinarie medarbetare på plats under semesterperioden.

Enheten tillgodoser att varje medarbetare har maximalt fyra veckors sammanhängande semester under perioden juni-juli-augusti

Enheten har en semesterperiod som sträcker sig över tre månader.

Avsikten med ramverket är bland annat att minska antalet vikarier för att på så sätt kunna ha vikarier med högre kompetens.

Vidare har arbetsgrupp "sommaren 2023" bestående av enhetschefer och verksamhetschefer påbörjat arbete i samarbete med bemanningsenheten för att bland annat säkerställa introduktionen för vikarier.

2 klagomål från IVO har inkommit till en verksamhet gällande otillåtna begränsningsåtgärder. Klagomålen resulterade i Lex Sarah utredningar. Åtgärd arbete med Genomförandepplaner och social dokumentation.

Inom två olika verksamheter har missförhållande rapporterats från elever. Detta har utretts enligt Lex Sarah. Vilket resulterat i handlingsplan för en verksamhet på förbättringsarbete gällande bland annat värdegrund, uppdraget, kontaktmannaskap, genomförandeplaner, social dokumentation, arbete med oönskade händelser och planering. Vidare konsekvens har varit att HR kopplats in utifrån personalärende.

3 avvikelser ifrån Regionen. En avvikelse gäller brister i informationsöverföring, den så kallade gula lappen har inte följt med patienten till sjukhuset. 2 avvikelser gäller brister i kommunikation och information.

Analys

Inom verksamheten finns brister och förbättringsarbeten som behöver göras. Som arbetsgivare behöver vi möjliggöra kompetensutveckling för medarbetare. Motivera och entusiasmera medarbetare att vilja kompetensutveckla sig själv men också bidra till förbättringsarbete inom verksamheten. Hur gör vi det? Här behövs satsningar både på verksamhetsnivå och individnivå. Verksamheter har under verksamhetsplaneringar haft tema värdegrund. Med olika variationer av frågeställningar kring hur lever vi vår värdegrund? När det gäller individnivå så finns Äldreomsorgslyftet med möjlighet för vårdbiträden att validera till undersköterska. Språkutbildning i samarbete med vuxenutbildningen. Sektorns fortsatta arbete med Börlägen ger engagemang och framtidstro.

Patientnämndsärenden

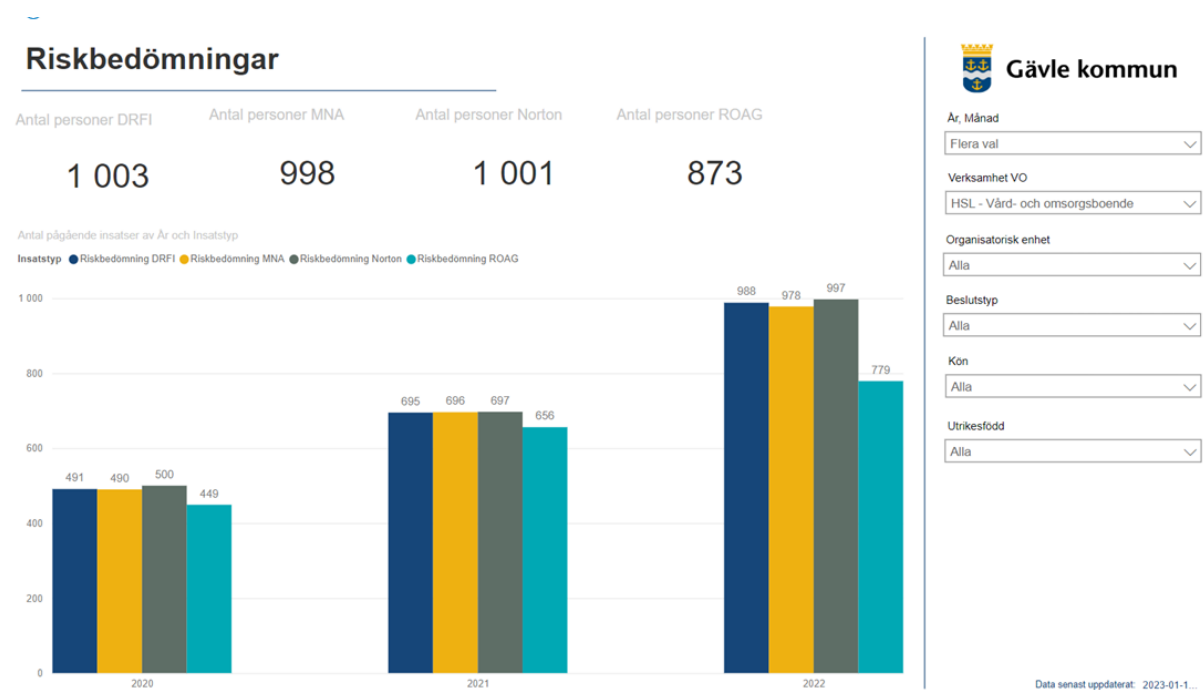
Under 2022 har det inkommit 4 ärenden till patientnämnden gällande verksamheter inom omvårdnadsnämndens område. Dessa handlar i huvudsak om bristande information, hygien, läkemedshantering samt planering av vård. Ett ärende har besvarats skriftligt av verksamheterna och tre ärenden har endast kommit 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 det mycket värdefullt att verksamheten har eller erbjuder fortsatt dialog med anhöriga.

Individuella riskbedömningar

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 år 2022 visar att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år, men att det återstår förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet.

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



Riskbedömningar

Antal personer DRFI Antal personer MNA Antal personer Norton Antal personer ROAG

418

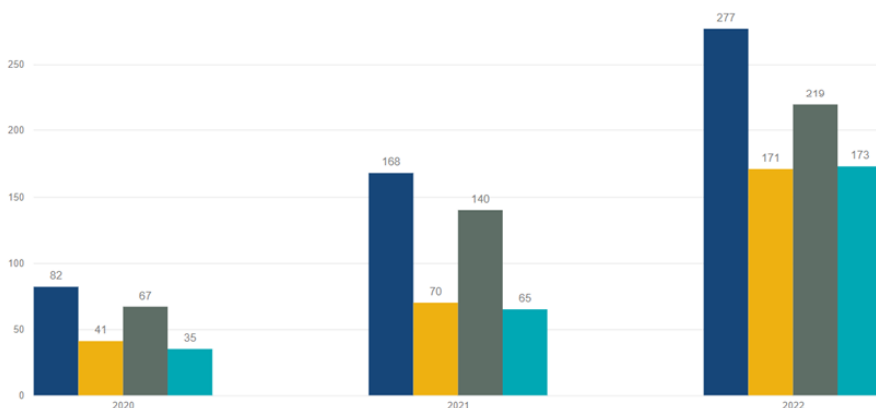
189

344

185

Antal pågående insatser av År och Insatstyp

Insatstyp: ● Riskbedömning DRFI ● Riskbedömning MNA ● Riskbedömning Norton ● Riskbedömning ROAG



År, Månad

Flera val

Verksamhet VO

HSL - Hemsjukvård

Organisatorisk enhet

Alla

Beslutstyp

Alla

Kön

Alla

Utrikesfödd

Alla

Data senast uppdaterat: 2023-01-1...

Förskrivningsprocessen för hjälpmedel

I november 2022 skickade medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR ut en enkät till samtliga förskrivare av hjälpmedel inom Valfärd Gävles egenregi samt externa utförare. Enkäten innehöll några grundläggande frågor och bygger sedan på Socialstyrelsens checklista för reflektion kring förskrivningsprocessens delar och är i använd form ingen vetenskaplig undersökning utan har använts som ett underlag för dialog.

Dialog om enkätsvaren och i tillägg förslag till fortsatt utvecklingsarbete har genomförts tillsammans med av chefer utvalda förskrivare från egenregi samt externa utförare tillsammans med MAR.

Antal enkätsvar var 28 och antal möjliga respondenter cirka 40.

Sammanfattningsvis så har förskrivarna kompetens och många har lång erfarenhet av att förskriva hjälpmedel. En stor del av de svarande har både genomgått Socialstyrelsens webbaserade förskrivarutbildning och lokalt anordnad förskrivarutbildning.

Arbetsterapeuters och fysioterapeuters/sjukgymnasters förskrivning av hjälpmedel är en integrerad del av rehabilitering och en viktig aspekt för många brukare i den dagliga livsföringen. Förskrivningsprocessen inklusive en stor del administrativt arbete kopplat till detta utgör en väsentlig del av arbetstiden särskilt för arbetsterapeuterna enligt dialog.

Vikten av möjlighet att erbjuda förebyggande insatser och träningsinsatser framhålls.

Från enkätsvar/dialog framkommer exempelvis:

Arbetsmomenten under processtegen "Bedöma behov", "Instruera och träna" samt "Följa upp och utvärdera" genomförs i stor utsträckning. När det gäller processteget "Prova ut och anpassa" så är svaren mer varierande. Detta kan exempelvis bero på att det inte alltid krävs att prova olika modeller och anpassningar om det först valda hjälpmedlet passar bra. Det påverkas även av att det finns ett visst sortiment upphandlat hos Hjälpmedel SAM att utgå ifrån samt tvingande ersättningskedjor innan ny modell kan beställas. Detta påverkar möjligheten för kunder att få välja hjälpmedel. När det gäller processteget "Informera" så informeras det om säkerhet i stor utsträckning. Det varierar gällande muntlig information om underhåll och försäkringar samt att bruksanvisning ibland saknas vid leverans.

Förslag till fortsatt utvecklingsarbete:

- Att fortsätta utveckla arbetet gällande att göra målformulering tillsammans med patient när så är möjligt.
- Representanter i länets sortimentsgrupp kan fortsätta bidra med erfarenheter kring befintliga produkter samt ge förslag på eventuella nya produkter till sortimentet.
- Förslag att utveckla frastexter till journal för fler hjälpmedel gällande säkerhet och handhavande, exempelvis för trycksårspåbyggande madrasser samt trycksårspåbyggande rullstolsdynor.
- Säkerställa att upprepade gånger för patient/ omvårdnadspersonal ges för handledning om användande/ handhavande och säkerhet.
- Det finns krav på att bruksanvisning alltid ska lämnas ut till den/de som ska använda hjälpmedlet varför detta bör säkerställas.
- Exempel på modell för att följa upp och utvärdera hjälpmedelsförskrivning finns i Socialstyrelsens skrift "Förskrivning av hjälpmedel - Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning". Förskrivning av hjälpmedel (socialstyrelsen.se)

Rapporten bifogas patientsäkerhetsberättelsen.

Skyddsåtgärder vård och omsorgsboende 2022

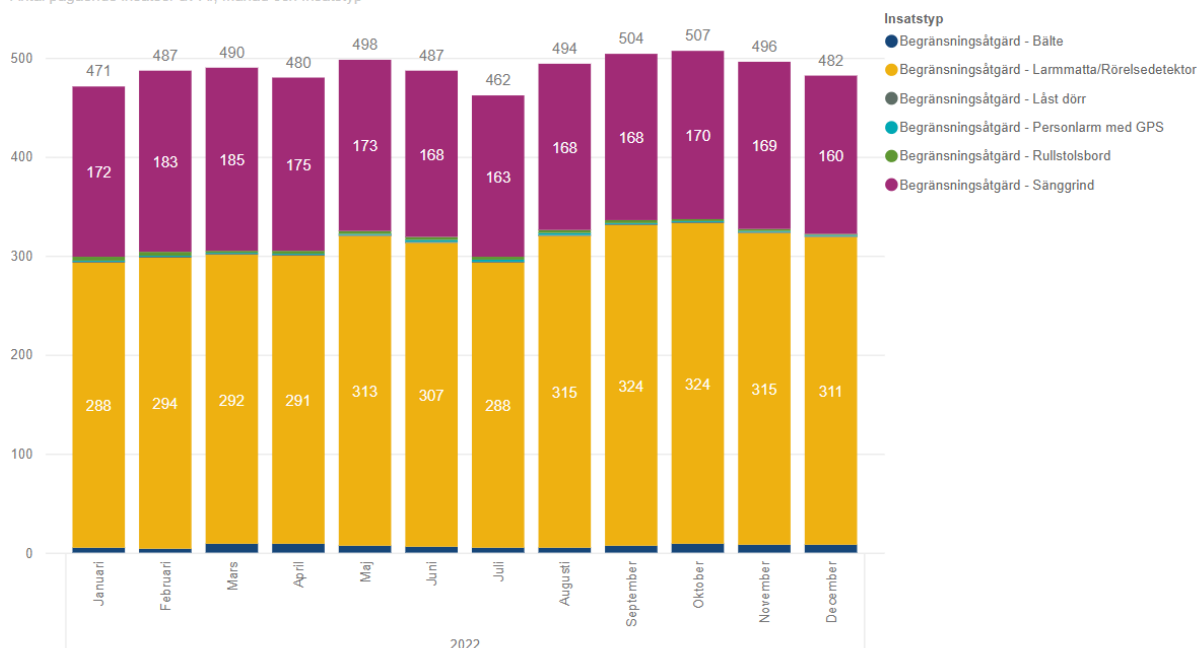
Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd 2021: 538, 2020: 568, 2019: 641, 2018: 657. Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

Antal personer med begränsningsåtgärder

Begränsningsåtgärder

603

Antal pågående insatser av År, Månad och Insatstyp



Skyddsåtgärder hemsjukvård

Antal personer med skyddsåtgärd inom hemsjukvård understiger tio. Det som förekommer är sänggrindar och rullstolsbord.

Journalgranskning

Journalgranskning har genomförts 2022 av Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. Rapporten med resultatet kommer att färdigställas under våren 2023 och lämnas till verksamhetschef för respektive område.

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.



Kontinuitetsplaner

Samtliga vård- och omsorgsboenden har tillsammans med säkerhetssamordnare, dietist och verksamhetschef genomfört workshop för att arbeta fram kontinuitetsplaner för vattenförsörjning, livsmedelsförsörjning, störningar gällande elleverans och IT.

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

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision "God och säker vård – överallt och alltid" och ett nationellt mål "Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada". Valförd Gävles omvårdnadsnämnd och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd har anslutit sig till det målet.

Strategier

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

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

Ett fokusområde omfattar att besluta om mål och indikatorer för en god och säker vård inom Välfärd Gävle och bör företrädesvis överensstämma med nationella indikatorer.

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

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