



# Patientsäkerhetsberättelse för 2023

---

Omvårdnadsnämnd

Datum 20240301

Yvonne Bergman medicinskt ansvarig sjuksköterska

Therese Lundberg medicinskt ansvarig sjuksköterska

Johanna Storing medicinskt ansvarig för rehabilitering

**Dnr: 23ON525**

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>7</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	8
3.2 En god säkerhetskultur.....	15
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	16
3.4 Patienten som medskapare.....	18
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>19</b>
4.1 Ökad kunskap om inträffade vårdskador .....	19
4.2 Tillförlitliga system och processer.....	20
4.3 Säker vård här och nu .....	33
4.3.1 Riskhantering.....	34
4.4 Säkra analys, lärande och utveckling.....	35
4.4.1 Avvikelse.....	39
4.4.2 Klagomål och synpunkter .....	43
4.5 Ökad riskmedvetenhet och beredskap .....	44
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> ....	<b>45</b>

### Bilagor

*Bilaga 1: Rapport journalgranskning 2022*

# 1 Inledning

*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 bilder:

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

## 2 Sammanfattning

Resultatet gällande övergripande strategier 2023 visar att arbetet med analysverktyget inklusive att upprätta handlingsplan och utse ansvariga för åtgärder är slutfört.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering har tillsammans med Kvalitetsteamet föreslagit indikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvård. Inga beslut är tagna av nämnder ännu, men arbetet med detta fortsätter via strategier för kvalitet och verksamhetsutveckling samt verksamhetschef för Planering, analys och utvärdering. Vid två tillfällen under hösten 2023 har sektorns ledningsgrupp arbetat med hur sektorn kan förenkla det systematiska kvalitetsarbetet samt vilka indikatorer som ska följas av sektorn. Exempel på åtgärder är att Kvalitetsteamet har tagit fram ett förslag till gruppen på hur rutinen kan bli lättare att förstå samt bidra till bättre följsamhet.

Gällande Power BI - portalen för statistik och analys är en plats där strategisk viktig information tillgängliggörs och detta möjliggör faktabaserade beslut på ett enklare och effektivare sätt. En övergång skett till en ny modell som gör att de flesta uppgifterna uppdateras varje natt. Det är nu också möjligt att se vilken status avvikelser har (nya, under utredning, avslutade och så vidare).

Redan i patientsäkerhetsberättelsen år 2019 framkommer det brister i processen gällande avvikelshantering. Dessa brister framkommer fortsatt i samtliga upprättade patientsäkerhetsberättelser 2019 - 2023. Detta trots att åtgärder uppges ha vidtagits. Precis som i tidigare kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser kan det konstateras att bedömningar av sannolikhets- och allvarlighetsgrad saknas i mycket stor utsträckning. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om MAS/MAR blir informerade om händelsen eller inte.

Att tydliggöra arbete med riskhantering av verksamhet kvarstår.

Arbete i kompetensförsörjningsprojektet har fortgått gällande bland annat modellen för kompetensförsörjning, en prioritering av utbildningar samt genomförande av språkutbildning. Se vidare beskrivning under 3.3 Adekvat kunskap och kompetens.

När det gäller nationella vårdförlopp så har arbetet i lokala arbetsgrupper med region Gävleborg fortsatt och implementering av aktuella vårdförlopp bör kunna påbörjas under 2024.

Redan 2019 beslutades det att implementering av beslutsstöd skulle införas 2020. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Det är viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd alltid sker på ett strukturerat sätt, att alla patienter ska få en likvärdig bedömning och att åtgärder ges på rätt vårdnivå för en ökad patientsäkerhet. Implementering av beslutsstöd VISAM för sjuksköterskor planeras att genomföras under våren 2024.

MAS/MAR/NAD har tillsammans med upphandlingscontroller medverkat på uppföljningar av externa utförare för att följa upp kvalitet. Uppföljningarna genomförs enligt en strukturerad uppföljningsmall.

Gällande god vård vid demenssjukdom och resultat i BPSD-registret så syns en fortsatt förbättring gällande multiprofessionellt teamarbete samt användning av smärtskattningsinstrument, fortsatt utvecklingsarbete är önskvärt.

Resultatet för år 2023 visar att antalet genomförda riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa har ökat jämfört med föregående år framförallt inom

hemsjukvård, men att det återstår förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet. Gällande god vård i livets slut och resultat från Svenska palliativ registret så kvarstår förbättringsområden gällande evidensbaserad smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning. Goda resultat finns för flera andra indikatorer.

## 3 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.

### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



#### **MLG - Medicinsk Lednings Grupp**

Består av MAS, MAR, verksamhetschefer enligt HSL.

Ett forum för att driva och följa upp patientsäkerheten i kommunen och arbeta ihop i strategiska frågor.

- Frågor från verksamheten
- Avvikelser/Lex Maria
- Samverkansfrågor och forum
- Delegeringar
- Omvärldsbevakning
- Indikatorer

#### **ULG - Utökad Lednings Grupp**

Består av: MAS, MAR samt kvalitetssamordnande sjuksköterska som är inbjudna till hälso- och sjukvårdskontorets ledningsgrupp.

I forumet lyfts samverkansfrågor och kvalitetssamordnare ges möjlighet att lyfta avvikelser.

### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

#### Mål

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Valfärd Gävles Omvårdnadsnämnd och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnd har anslutit sig till det målet sedan år 2022.

#### Strategi

Den övergripande strategin under 2023 var att slutföra arbetet med analysverktyget för patientsäkerhet med att utse ansvariga och upprätta handlingsplan. Vidare att besluta om:

- Mål och indikatorer för en god och säker vård inom Valfärd Gävle
- Underlätta för verksamheter att följa sina resultat via Power BI
- Tydliggöra arbetet med riskhantering
- Ge möjlighet till återkommande utbildning för alla medarbetare
- Säkerställa fortsatt implementering av nationella vårdförlopp
- Använda och utveckla arbetet med relevanta beslutsstöd och kvalitetsregister

#### 3.1.1.1 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 2023.

Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöttas 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 sex kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighet, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd, Hälso- och sjukvård och ledningsfunktioner inom HR, ekonomi, kommunikation och kvalitetsledning. Inom Valfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden varav hälso- och sjukvård finns i två av nämnderna. Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden är ansvariga som vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30.

I kontor Hälso- och sjukvård arbetar Valfärd Gävles legitimerade medarbetare, så som legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor. Kontoret är indelat i fyra geografiska team; Nord, Öst, Syd och Väst. Medarbetare är verksamma inom hemsjukvård, vård- och omsorgsboende och LSS/socialpsykiatri och utför arbetsuppgifter utifrån hälso- och sjukvårdslagen.

Kontor Hälso- och sjukvård bedriver primärvård i kommunal regi och ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Målet med hälso- och sjukvården är en vård på lika



villkor för alla medborgare.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Inom kontor hälso- och sjukvård bedrivs hälso- och sjukvård dygnet runt, alla dagar i veckan och insatser utförs i patientens hem. Hälso- och sjukvårdens professioner ska arbeta i team runt patienten, tillsammans med andra berörda såsom regional primärvård, specialistsjukvård, slutenvård, hemtjänst eller personlig assistans, utifrån sina roller som omvårdnadsansvarig respektive rehabiliteringsansvarig

En ledning på plats där samtliga chefer är legitimerade. Detta har lett till att patienter och säkerhet kan diskuteras med andra aktörer på ett professionellt sätt där patientsäkerheten lyfts in tidigt i processer och på en adekvat nivå, som gynnar säkerhet och patientsäkerhet. Ledningen och enhetschefer har flyttat ut i verksamheten och större områden skapats, detta leder till en närvarande och engagerad ledning och större trygghet för medarbetare.

### **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 (HSL 2017:30) samt hemsjukvård.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

En medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

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 fortlopande 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**

Enhetschef leder och fördelar arbetet för sina medarbetare. Ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring patient samt ansvarar för rapportering och avvikelshantering.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal är den som

- har legitimation eller särskilt förordnande
- biträder legitimerad eller särskilt förordnad personal i vården av en patient
- jobbar på ett sjukhus eller en annan vårdinrättning och deltar i vården av en patient

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.

#### **3.1.1.2 Samverka för att förebygga vårdskada**

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

Kontor Hälso- och sjukvård samverkar internt med kontor Boende, kontor Stöd i hemmet och kontor Myndighet. Kontoret har även samverkan med region Gävleborg samt externa utförare.

### **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. Revidering av ramavtal och lokala samverkansavtal är påbörjad under hösten 2023.

### **Förstärkt samverkan**

Förstärkt samverkan är en samverkansgrupp med representanter från slutenvård, primärvård och Valfärd Gävle. Valfärd Gävle representeras av verksamhetschefer. Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Medicinskt ansvarig för rehabilitering är adjungerade vid behov.

### **Sommarsamverkan**

Under sommartid hålls veckovis avstämning mellan Valfärd Gävle och region Gävleborgs slutenvård och primärvård. Representanter är verksamhetschefer/enhetschefer inom kontor myndighet, boende och hälso- och sjukvård och motsvarande inom region Gävleborgs verksamheter. Därutöver medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

### **Mobilt sjukvårdsteam**

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

### **Uppsökande tandvård**

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

För att förbättra hälsan för vårdtagare med ett större omsorgsbehov erbjuder tandvårdsföretaget Oral Care hemtandvård och ger nödvändig tandvård på plats i vårdtagarens bostad, både på vård- och omsorgsboende samt på gruppboenden. Hemtandvård sker i dialog med Region Gävleborg.

- Anpassad vårdplanering utifrån individuella behov.
- Trygg och varsam behandling på sitt eget rum.
- Minskat behov av eventuell premedicinering samt exponering för externa miljöer.
- Kostnadseffektiv vårdmodell.
- Undviker onödiga transporter och personella resurser.

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

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2023. 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 Nutritionsråd**

Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist NAD och MAS ingår från Valfärd 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.

### **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, MAR från Gävle/MAR från länet 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.

### **Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet**

Samverkansgruppen leds av slutenvårdens Chefssjuksköterska och representanter är chefläkare, tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor varav en från Gävle samt en MAR från länet.

### **Läkemedelskommitté**

Leds av ordförande för kommittén. MAS från Gävle är representant tillsammans med informationsläkare, informationsapotekare. Arbetet är reglerat enligt lagen om Läkemedelskommittéer och övergripande mål är att som expertorgan inom områdena läkemedel och läkemedelsterapi verka för en nationell säker och kostnadseffektiv hantering av läkemedel sedd ur ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas.

### **Den kommunala läkemedelsgruppen**

Arbetsgruppen arbetar med att upprätta riktlinjer för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg. MAS från Gävle är representant tillsammans med ytterligare en MAS i länet samt sjuksköterskor från olika verksamheter.

### **Hjälpmedelsgroup**

Hjälpmedelsgroupen är utsedd av Länsledning välfärd och består av sakkunniga inom hjälpmedelområdet inom sina respektive organisationer. Hjälpmedelssamordnare är sammankallande. Tre MAR varav en från Gävle är några av representanterna.

- Utforma, formulera och föreslå en gemensam hjälpmedelshandbok för beslut av Hjälpmedelsrådet.
- Genomföra en årlig genomgång och eventuellt uppdatering av hjälpmedelshandboken för beslut av Hjälpmedelsrådet.
- Vara remissinstans för Hjälpmedelsrådet.
- Bedömer, initierar och avropar nödvändiga utbildningsinsatser inom hjälpmedelområdet.
- Planerar och arrangerar ett årligt nätverksmöte för alla förskrivare inom hela Gävleborg

### **LAG palliativt råd**

Lokal arbetsgroup LAG palliativt råd för införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kommunerna representeras av MAS från Gävle och MAS från Nordanstig. Andra representanter är bland annat biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, läkare och sjuksköterskor från palliativa teamet, chefssjuksköterska, chefläkare, läkare och sjuksköterskor från barn- och ungdomssjukvården samt verksamhetschefer från primärvård.

## **God och nära vård - länsgemensam arbetsgrupp**

Ansvarar för arbete enligt uppdrag från Länsledning inom ramen för omställning till god och nära vård. En mindre arbetsgrupp inom gruppen arbetar även med att ta fram indikatorer för uppföljning enligt uppdrag från Länsledning. MAR Gävle deltar i båda arbetsgrupperna.

### **Egenvård**

Arbetsgrupp på uppdrag av Utskott vuxna/ länsledning gällande den länsgemensamma rutinen för egenvård med tillhörande bilagor samt frågor och svar på Samverkanswebben. Bland deltagare finns MAR från Gävle samt MAS från länet.

### **Kommun- och regionsamverkan**

Samverkan gällande svårt sjuka patienter som vårdas i hemmet utifrån upprättad överenskommelse med tillhörande rutiner är ett förbättringsområde gällande samverkan mellan specialistvård/primärvård/kommunal hälso- och sjukvård. En framgångsfaktor har visat sig vara att kalla till ett möte mellan berörda professioner innan SIP mötet hålls där patient medverkar. Involverade aktörer har då upprättade egenvårdsbedömningar, riskbedömningar, ordinationer, förskrivningar samt kontaktuppgifter färdigställda och SIP kan då upprättas så att patienten vet vem som gör vad.

### **3.1.1.3 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

För de system som definierats inom Hälso- och sjukvård har informationssäkerhetsklassning, konsekvensbedömning och riskanalys genomförts under 2023, förutom för Treserva VO där klassning är genomförd men arbetet stannat upp i konsekvensbedömningen. Konsekvensbedömning och riskanalys är planerat att slutföras under Q1 2024.

Tolv incidentrapporter med åtgärdsförslag för att motsvarande incident inte ska hända igen har tagits fram och rapporterats till nämnd och ledning.

Under 2023 har en rutin och ett årshjul tagits fram och beslutats för att systematiskt genomföra årliga riskanalyser för system inom Hälso- och sjukvård och informationsbehandlingar som ur konfidentialiteten klassats som en 2:a eller 3:a.

Vid upphandling av nya tekniska IT-lösningar får enheten för informationssäkerhet och dataskydd nu information om och kan på så vis stödja med informationssäkerhetskrav utifrån resultat av klassning och riskanalys.

Målet för systematiska loggkontroller under 2023 har inte uppfyllts på grund av tekniska avvikelser i systemet. Rutin för chefer som beskriver åtgärder vid upptäckt otillåten läsning eller dataintrång har tagits fram och beslutats.

Åtgärder som framkom under övergripande riskanalys med Sektorledningen hanteras numera av Ledningsgrupp för Utveckling och stöd.

Tretton rutinbeskrivningar rörande administrativa åtgärder som bidrar till ökad informationssäkerhet har tagits fram och beslutats under 2023.

Ett samarbete har startat med ny organisation inom sektorn mellan informationssäkerhet och Hälso- och Sjukvårdsverksamhet rörande främst NIS och kommande NIS2 samt att vissa förberedelser har påbörjats inför kommande reglering inom NIS2.

En GAP – analys [1] har genomförts som visade att det systematiska informationssäkerhetsarbetet på sektorn har ökat under 2023. Resultatet jämfördes med resultaten vid motsvarande analys 2022.

[1] Infosäkkollen framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

### **3.2 En god säkerhetskultur**



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

#### **God och nära vård**

Gävleborgs läns tio kommuner och Region Gävleborg har formulerat en målbild för God och nära vård i Gävleborg:

Nära vård för mig som invånare innebär att:

- Jag får hjälp och stöd i rätt tid.
- Jag får stöd i att främja min hälsa.
- Min egen kraft tas tillvara.
- Sammanhållet och enkelt för mig.

I kompetensen finns en utbildning i Nära vård vars syfte är att ge en grundläggande förståelse för vad Nära vård är och varför samhället måste göra denna omställning. Innehållet är producerat av Länsledning Vårld och riktar sig till alla medarbetare inom kommunerna i Gävleborgs län.

#### **Kontor hälso- och sjukvård**

Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvårdskontoret strävar efter att upprätthålla en god arbetsmiljö där medarbetare har möjlighet till att bidra till en ökad patientsäkerhet genom att påtala brister men även att få tid till reflektion.

En översyn av sjuksköterskornas kväll- och helgorganisation har gjorts. Med bakgrund av denna så finns en planering att starta upp en förändrad organisation under våren 2024. Det innebär att samtliga sjuksköterskor ska arbeta både kvällar och helger. Hittills har de flesta kvällar och helger varit bemannade med inhyrda sjuksköterskor. Detta har lett till bristande kontinuitet och patientsäkerhet. Vid genomgång av avvikelser framkommer att omvårdnadspersonal dels har svårt att nå sjuksköterskor på kvällar och helger, dels att sjuksköterskorna överlåter medicinska bedömningar till omvårdnadspersonal. En god vård förutsätter att sjuksköterskor kan bedöma patientens hälsotillstånd på plats. Målet med omorganisationen är att öka kontinuitet och patientsäkerhet samt bidra till en förbättrad arbetsmiljö.

#### **Kvalitetsorganisation**

Arbetet med kvalitetsorganisation har pågått under 2023 och fortgår första kvartalet

2024. Arbetsgruppen består av verksamhetschefer från kontoren boende och hälso-sjukvård, MAS, MAR samt verksamhetschef för planering, analys och utvärdering. Uppdraget är att skriva fram ett eller flera förslag till hur en kvalitetsorganisation kan se ut i hela Valfärd Gävle. Förslaget kommer att lämnas till biträdande sektorchef i mars/april 2024.

Arbetsgruppen har under 2023 arbetat med att titta på hur andra kommuner och regioner har byggt sin kvalitetsorganisation. Hälso- och sjukvårdskontoret har genomfört en pilot med kvalitetssamordnare.

### **3.3 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 Valfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, undersköterskor och vårdbiträden. Hälso- och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvård.

#### **Projekt Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle**

Inom sektor Valfärd pågår ett projekt ”Kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom Valfärd Gävle”, vars syfte är att skapa hållbara strukturer och processer för att identifiera behov och samordna kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Utifrån behovet ska utbildningsinsatser genomföras för att säkerställa att medarbetare inom Valfärd Gävle kan utföra sina uppdrag. Projektet kommer bland annat att leverera en modell för kompetensförsörjning och kompetensutveckling som omfattar hur vi identifierar kompetensbehov och kompetensgap, arbetssätt för hur enheter själva kan identifiera gap och göra kompetensutvecklingsplaner.

Gävle kommun har ett digitalt kompetensförsörjningssystem, benämnt Kompetensen. I Kompetensen kommer varje befattning (exempelvis undersköterska inom hemtjänsten eller handläggare på en utredningsenhet) få en kompetensprofil, som beskriver krav på befattningens formella (till exempel vilken utbildningsnivå och typ av utbildning man måste ha) och funktionella (till exempel hur vi använder våra kompetenser och erfarenheter i praktiken) kompetenser. Syftet är att chef och medarbetare i sina medarbetarsamtal och andra avstämningar har en dialog kring hur kompetensen för varje medarbetare ser ut och om någon kompetensutveckling behöver genomföras.



Utbildningar som behöver prioriteras är dokumentation, basala hygienrutiner, fast omsorgskontakt, förflyttningsteknik, hälso- och sjukvård, vård i livets slut och rutiner och lagstiftning i vården. Flera av utbildningarna finns som webbutbildning men ska kompletteras med lärarledd utbildning och arbetsplatsförlagda utbildningar.

Under hösten 2023 har tre personer inom Valfärd Gävle (Vuxenutbildningen) utbildats till språkombudsutbildare och våren 2024 kommer tre personer till att utbildas. Den första utbildningen till språkombud kommer att genomföras under våren 2024 och efter det kommer de att vara språkombud på sin arbetsplats.

Vuxenutbildningen genomför kontinuerligt språkutbildning för omsorgspersonal där fokus är att förbättra kunskaper i det svenska språket och hur det är att arbeta i vården. Genomförs i grupp med deltagare från olika arbetsplatser under en termin.

### **Introduktion i metoden Händelseanalys**

Under 2023 så har medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvarig samordnare hållit en introduktionsdag i metoden Händelseanalys utifrån ett nationellt utbildningsmaterial publicerat på hemsidan för Nätverket Sveriges chefläkare. Materialet är baserat på SKRs vägledning " Utredning av allvarliga vårdskador, 2021". Målgrupp för den första introduktionen var Valfärd Gävles kvalitetsteam.

### **Utbildning i Medicinsk rätt**

Länsledning Gävleborg erbjöd en gemensam utbildning i medicinsk rätt för befattningshavare med chefsuppdrag och ledningsansvar, inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Från Valfärd Gävle deltog MAS/ MAR. Kursansvariga var Institutionen för Medicinsk Rätt AB. Syftet var att deltagarna skulle få förstärkta och fördjupade kunskaper om medicinsk rätt och att kunna applicera det juridiska regelverkets krav i den egna organisationen.

### **Utbildningar för legitimerad personal**

- HLR-utbildning
- Diabetesutbildning
- Palliativ vård
- Munhälsa

### **Nutritionsutbildning**

I Kompetensen finns sedan våren 2022 en nutritionsutbildning för sjuksköterskor framtagen av NAD (nutritionsansvarig dietist). Under 2023 hade 11 sjuksköterskor gått utbildningen (totalt 19 st sedan utbildningen aktiverades).

För omsorgspersonal finns också helt nya inspelade filmer på basnivå i grundläggande näringslära, måltidens betydelse för äldre och livsmedelshygien. Efter avslutad utbildning följer ett kunskapstest och ett certifikat utdelas som närmsta chef får ta del av. Alla tre utbildningar ska göras vartannat år enligt *Rutin för mat och måltider* och systemet påminner om detta. Under 2024 kommer fler utbildningar tas fram i fördjupande syfte för kostombud och vana medarbetare. Samtliga digitala utbildningar är komplement till lärarledda utbildningar av NAD.

### 3.4 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 vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

#### **Delaktighet**

Det pågår en utveckling mot ökad personcentrering i vården där patienter och närstående ses som kunskapsbärande medskapare snarare än passiva mottagare. För att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård behöver patienter och närstående involveras på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, även inom styrning och ledning.

Patienter och närstående ska vara delaktiga i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patienten mål för vården. Detta kan gälla samordnad individuell plan SIP, vårdplaner, brytpunktssamtal och genomförandeplaner. Personcentrerad vård ska styra planeringen så att patienten mål uppfylls.

Hälso- och sjukvårdskontoret beskriver att hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet kan se olika ut beroende på verksamhetens behov och förutsättningar. Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från närstående och patienten för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet för god vård. Verksamheterna ser patienter och närstående som en naturlig del i händelseanalysen vid allvarliga händelser.

#### **Mat och måltider**

Varje år har kund möjlighet att ge feedback på maten genom en enkät som skickas ut av matleverantören. Detta gäller de enheter med leverantör. På alla vård- och omsorgsboenden förekommer boenderåd där kund och anhörig har chans att framföra sina åsikter, ofta har dessa tema just mat och måltider, som är en central del av dagen. På de vård- och omsorgsboenden som har en matleverantör kan kunderna via sina kostombud framföra synpunkter till NAD och måltidsleverantör på matrådsmöten som enligt avtal hålls en gång per termin.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### 4.1 Ökad 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.



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

#### **Lex Maria**

Fyra Lex Maria har lämnats till Inspektionen för vård och omsorg IVO under år 2023.

Ett ärende gällde oväntat dödsfall, utredning av dödsorsak faller under Region Gävleborgs ansvarsområde. I händelseanalysen framkommer patientsäkerhetsrisker gällande planering av arbetet, att följa och följa upp vårdplaner, teamarbete och kompetens.

Ett ärende gällde att enskild lämnats ensam i rullstol med lyftsele påkopplad till tak-lyft. I händelseanalysen framkommer bakomliggande orsaker såsom en stressande arbetssituation, att utbildning i förflyttningsteknik saknats samt att ensamarbete förekommer trots behov av att vara två personal.

Ett ärende gällde en händelse där en enskild vid flera tillfällen hittats i en riskfylld position i säng. I händelseanalysen framkommer bakomliggande orsaker såsom bristande kommunikation och återkoppling om pågående insatser, att avvikelser inte hanterats gemensamt i teamet samt att all berörd personal inte deltagit i visning gällande positionering i säng.

Ett ärende gällde risk för allvarlig vårdskada vid ett vård- och omsorgsboende i Gävle. Anmälan handlar om brister i avvikelshantering, läkemedelshantering, dokumentation, kommunikation relaterat till språk och kompetens, ledarskap/chefskap, teamarbete, genomförande och uppföljning av omvårdnadsåtgärder samt planering av det dagliga arbetet. Händelsen som anmälts berör till stor del de områden som IVO granskar i den nationella tillsynen av hälso- och sjukvårdsinsatser på SÄBO som omfattar individuell bedömning och kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slut. IVO kommer därför att fortsätta granskningen av vårdgivarens verksamhet.

Handlingsplaner är upprättade för ovanstående fyra Lex Maria. IVO har avslutat ärendena, men fortsätter granskningen i tillsynsärende.

Två ytterligare händelseanalyser är pågående och kommer färdigställas 2024.

### **Kvalitetsansvarig sjuksköterska**

Inom kontor hälso- och sjukvård har en kvalitetsansvarig sjuksköterska börjat. Kvalitetsansvarig sjuksköterska är mottagare för externt inkomna avvikelser, utreder avvikelser tillsammans med ansvarig chef samt skickar dessa till berörd mottagare, utgör stöd till chefer vid utredning av nya avvikelser. Kvalitetsansvarig sjuksköterska ger stöd vid bedömning av allvarlighetsgrad, händelseanalys samt vid framtagande av åtgärder. Kvalitetsansvarig sjuksköterska medverkar vid ledningsgrupp för dialog kring avvikelser.

## **4.2 Tillförlitliga system och processer**



### **Läkemedel**

I region Gävleborgs tidning som ges ut av läkemedelskommittén och läkemedelsenheten presenterades en översiktlig artikel gällande neuroleptikaanvändning på särskilt boende för äldre (SÄBO). Artikeln indikerade en möjlig överanvändning av neuroleptika. Dessutom verkade förskrivna läkemedel i viss utsträckning avvika från gällande läkemedelsrekommendationer. Denna information ledde till att både läkemedelskommittén och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Gävleborgs kommuner (MAS-nätverket) såg ett behov av ökad förståelse för hur neuroleptika används på SÄBO. Huvudsaklig behandlingsindikation för neuroleptika till patienter i denna vårdform bedöms sannolikt vara beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

(BPSD). Med hjälp av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och patientansvariga sjuksköterskor på SÄBO har användningen av neuroleptika kartlagts i form av en punktprevalensmätning. Mätningen genomfördes i samtliga kommuner i länet under oktober 2023. Data har samlats in manuellt av sjuksköterska på respektive SÄBO genom en systematisk genomgång av SÄBO-patienternas läkemedelsordinationer.

Följande neuroleptika har registrerats i mätningen: olanzapin, risperidon, quetiapin, haloperidol samt aripiprazol. Mätningen påvisar relativt stora skillnader i användning av neuroleptika mellan länets kommuner, både i andelen granskade journaler där patienten använder neuroleptika (11–36 %), såväl som andelen neuroleptikaordinationer som överensstämmer med rekommendationer för BPSD (35–87 %).

#### Slutsatser

MAS-nätverket och läkemedelskommittén delar bilden av att arbetet med icke-farmakologiska åtgärder för personer med BPSD på länets äldreboenden utgör den viktigaste insatsen för ett gott medicinskt omhändertagande. För att kunna erbjuda en god vård på patientens egna villkor behövs systematiska arbetssätt kring patienter med BPSD. Utbildningsinsatser riktade till sjukvårds- och omsorgspersonal för att uppmärksamma symtom på BPSD är viktiga. Användning av BPSD-registret för symtomskattning som bas för åtgärdsplan och utvärdering, kan användas som ett underlag för individanpassade vårdplaner. Ett systematiskt arbetssätt kring patienter med BPSD kan bidra till en högre grad av förståelse för och bättre hantering av en patienttyp som annars ofta uppfattas som svår och störande. Utöver att insatserna i sig kan bidra till lugnare patienter och bättre arbetsmiljö, kan de också leda till en lägre grad av användning av riskfyllda läkemedel.

Kommun	Antal granskade journaler	Andel patienter med neuroleptika (%)	Andel risperidon och haloperidol av neuroleptika (%)
Hofors	120	35,8	34,9
Bollnäs	230	25,7	64,4
Söderhamn	287	25,1	65,3
Nordanstig	86	22,1	73,7
Ovanåker	92	17,4	81,3
Gävle	600	16,3	86,7
Sandviken	385	15,8	72,1
Hudiksvall	468	15,4	80,6
Ljusdal	208	14,9	64,5
Ockelbo	62	11,3	85,7

*Följande neuroleptika har registrerats i mätningen: olanzapin, risperidon, quetiapin, haloperidol samt aripiprazol.*

#### Extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Extern kvalitetsgranskning av samtliga läkemedelsförråd inom vård- och omsorgsboenden i egen regi har genomförts. Egenkontroller har gjorts vid samtliga vård- och omsorgsboenden i egen regi. När det gäller de privata så har kontroll gjorts gällande att även de genomfört en extern kvalitetsgranskning.

Genom samverkan med läkemedelsenhetens kliniska farmaceut så har nedanstående

resultat noterats:

- Höjd patientsäkerheten och stärkt kvalitén i läkemedelshanteringen
- 36 återkopplingsrapporter upprättade 2021
- 69 återkopplingsrapporter upprättade 2023
- I särskilda boenden, funktionshinderomsorgen, hemsjukvård
- Temat för 2023 utgick från narkotikahanteringen där hela kedjan granskades gällande införsel, förbrukning och kassering
- Utbildning i hemgångsdos/slutenvårdsdos (dospåsar som skickas med från sjukhus) genom fördes vid 4 tillfällen under 2023

Samtliga läkemedelsförråd som finns uppförda i vård- och omsorgsboenden i egen regi, entreprenader samt till viss del även de privata har haft en extern kvalitetsgranskning i samverkan med apotekare från regionens läkemedelsenhet, MAS samt representanter från aktuell verksamhet.

Följande förbättringsområden framkom i den externa kvalitetsgranskningen:

- Upprättande av lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning

I den revision som genomfördes av PWC, **Granskning hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst** nämns följande: Bakgrund Omvårdnadsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som erbjuds patienter inskrivna i hemsjukvården. En central uppgift i hemsjukvården är att förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel. För läkemedelshantering finns ett omfattande regelverk bestående av lagar, förordningar och föreskrifter som vårdgivaren måste följa.

Enligt regelverket är det enbart hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att hantera läkemedel. Det innebär att kommunens sjuksköterskor är behöriga att hantera läkemedel, men att dessa uppgifter kan delegeras till annan vårdpersonal, vanligen undersköterska eller vårdbiträde. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna i hemsjukvården delegerar läkemedelshanteringen till undersköterskor och övrig personal inom hemtjänsten. Delegering får göras under vissa förutsättningar och villkor samtidigt finns det formkrav på rutiner och dokumentering av delegering. Exempelvis är delegeringsbeslutet alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor eller vårdpersonal i ett givet verksamhetsområde. Därtill behöver den som tar emot delegeringen ha tillräcklig kunskap, erfarenhet och förutsättningar att ta emot delegeringen och om det är förenligt med en god och säker vård av kunden. Den som utfärdar en delegering ansvarar för att den som får läkemedelsdelegering har tillräcklig kunskap, förutsättningar och praktisk erfarenhet att utföra arbetsuppgiften. Delegeringen kan närsomhelst återkallas.

IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer att läkemedelshanteringen inte sker på ett patientsäkert sätt.

### **Digitala signeringslistor**

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

Gällande vård- och omsorgsboenden (9 st) i egen regi ser man att signeringsgraden generellt är hög. De flesta boenden har en signeringsgrad inom 95 - 100%. När det

gäller hemtjänstområden (8 st) i egen regi varierar signeringsgraden mellan 89 - 100%. På de mindre hemtjänstområdena är signeringsgraden betydligt högre än på de större områdena.

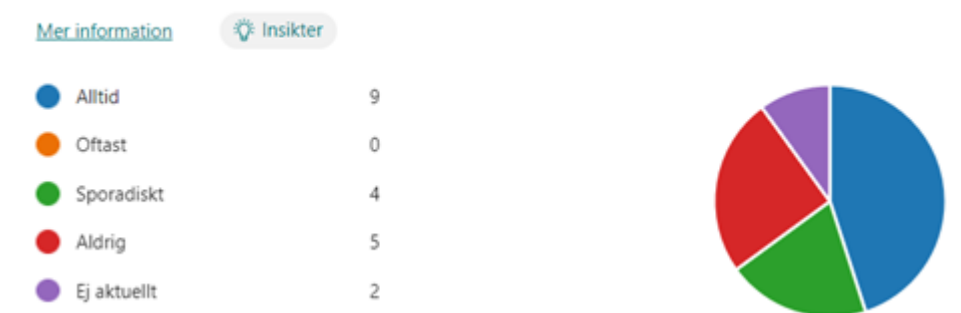
### Delegering av medicinska arbetsuppgifter

Delegering får endast ske när det är förenligt med god och säker vård. För att det inom hälso- och sjukvården ska vara fråga om delegering måste överlåtelsen gälla medicinska arbetsuppgifter. Det är då mycket viktigt att den utbildning som ges i samband med delegering är av god kvalitet. Kvalitetssäkring av nuvarande delegeringsutbildning saknas vilket medför att utbildningen ges på varierande sätt och att endast en del av verksamheten erbjuder utbildning till sina medarbetare. Detta leder till en osäker kvalitet av delegeringsprocessen. Det finns även brister i följsamhet till rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer viktiga iakttagelser bland annat att det är vanlig förekommande att den personal som gör medicinska bedömningar inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften eller behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning.

### Läkemedelsautomater

I den av SKR utgivna vägledning gällande läkemedelsautomater och juridiska aspekter anges följande att när en individ inte kan hantera sina läkemedel själv kan hälso- och sjukvården gå in och ta över detta ansvar i större eller mindre utsträckning. Grunden för övertagandet är ett läkarbeslut vilket innebär att den regionala hälso- och sjukvården behöver vara inkopplad.

35. Finns dokumentation om vilken läkare som har tagit beslutet om läkemedelsövertag?



Läkemedelsautomater kan ge goda förutsättningar till en alternativ och ändamålsenlig hantering av läkemedel för den enskilde, men kommunen måste utforma lämpliga rutiner och säkerställa kompetensen hos sin personal så att hanteringen lever upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Gör man det kan automaterna bidra till såväl effektiv användning av kommunens resurser, förbättrad patientsäkerhet och ökad självständighet för individerna.

Läkemedelsautomater skapar ökad trygghet och självständighet för den enskild i vardagen. Den frigör tid för personalen i form av minskat antal besök och därav minskad restid, ökad flexibilitet i planering av resurser och minskat antal avvikelser relaterad till missad dos.

### God vårdhygienisk standard

För att hålla en god hygienisk standard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. En god hygienisk standard berör alla som arbetar och vistas inom vård och tandvård. Det inkluderar både vårdtagare, personal, närstående och besökare.

God hygienisk standard omfattar bland annat

- vårdhygienisk kompetens
- vårdlokaler
- utrustning i vården
- vårdens organisation och planering.

Alla tio kommuner inom Gävleborgs län har avtal med Region Gävleborg för att få vårdhygienisk kompetens. I och med det samarbetar vårdhygien med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Vårdhygien erbjuder bland annat stöd och rådgivning i vårdhygieniska frågor till MAS, hygienronder samt utbildning för personal inom kommunal vård. Flera digitala utbildningar inom vårdhygien har genomförts under 2023. Fler utbildningar planeras genomföras under 2024.

Hygienronder har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden i egen regi, entreprenader samt till viss del i privat regi.

I de vårdhygieniska egenkontrollerna som genomförts i samband med hygienrond framkommer följande förbättringsområden:

- Vårdhygien rekommenderar starkt att alla verksamheter bör leasa sina arbetskläder.
- Öka användningen av förkläden i patientnära omvårdnad. Syftet är att skydda arbetsdräkten från att bli förorenad och på så vis minska risken för smittspridning.
- Hjälpa patienter att hålla god handhygien. Eftersom kontaktsmitta via händerna är en vanlig smittväg är det viktigt att erbjuda hjälp till patienter som har behov av det.
- Rengöring och desinfektion av hjälpmedel ska skötas efter en regelbunden rutin enligt produktens bruksanvisning.
- Det är av allra största vikt att alla verksamheter har en eller flera utsedda hygienombud då god kunskap om rutiner är en förutsättning för patientsäkerhet och vårdkvalitet. Hygienombud har en viktig roll i att förmedla kunskap gällande vårdhygien och det är viktigt att de deltar vid hygienronder.

### **Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal/regional vård och omsorg**

Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Egenkontrollen är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal/regional vård och omsorg.

Verktyget är anpassat att användas i verksamheter som bedriver:

- Hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt boende.
- Hälso- och sjukvård samt insats korttidsplats och särskilt boende enligt Sol och LSS.

### **Medicintekniska produkter**

Bestämmelser om medicintekniska produkter/ hjälpmedel regleras i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen, EU MDR 2017/745, Förordning SFS 2021:631 samt Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2021:52. Utöver föreskrifter och allmänna råd finns bestämmelser från andra myndigheter såsom Arbetsmiljöverket.

Utifrån lagstiftningen finns upprättade länsgemensamma rutiner för Region Gävleborg



samt lokala rutiner och ansvarsfördelning för Välfärd Gävle.

Under år 2023 har det framkommit att arbetet med att säkerställa att lagstiftning följs gällande MTP/mätutrustning och kommunägda hjälpmedel avstannat. Hälso- och sjukvårdskontoret uppger tids- och resursbrist. Egenregin påbörjade en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021. Våren 2022 gjordes ett omtag i inventeringen. Hemsjukvården genomförde inventering av mätutrustning, men inte vård- och omsorgsboende. Inventering/register behövs för att uppfylla krav gällande spårbarhet och säkerställande av kalibrering/service.

Det behövs även ett fortsatt utvecklingsarbete för motsvarande säkerställande gällande kommunägda hjälpmedel.

Länets Hjälpmedelssamordnare fick hösten 2023 ett uppdrag från Länsledning, Utskott vuxna, att se över möjligheterna för Hjälpmedel SAM att tillhandahålla och hyra ut viss medicinteknisk utrustning. Ett initiativ till detta hade tidigare författats av länets MAS/MAR. Hjälpmedelssamordnarens uppdrag kommer redovisas senare under år 2024.

19. Finns förteckning över alla kommunägda hjälpmedel/träningsredskap för spårbarhet och kontroll enligt bruksanvisning?

[Mer information](#)

● Ja	6
● Nej	0
● Delvis	5
● Ej aktuellt	9



22. Kontrolleras/kalibreras all medicinteknisk mätutrustning enligt bruksanvisning?

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Ja	9
● Nej	4
● Delvis	3
● Ej aktuellt	4



## 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.

Ca 97 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)

	2023	2022	2021
Antal registreringar	413	391	432
Antal registrerade personer	364	251	263

Multiprofessionellt teamarbete (prioritetsgrad 1 i de nationella riktlinjerna) samtliga utförare i Gävle kommun

Med multiprofessionellt teamarbete menas att minst en HSL-personal och en SOL-personal har deltagit i BPSD-registreringen. Här sker det en succesiv förbättring, men finns fortfarande en utvecklingspotential. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat i arbetet med BPSD där HSL-personal deltagit.

	2023	2022	2021
Gävle kommun	67,8 %	62,1 %	37,1 %
Gävleborgs län	83,4 %	67,2 %	40,8 %
Riket	86,6 %	69,8 %	45,1 %

#### Smärtfrihet (uppgift från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Smärta är en vanlig orsak till BPSD och behöver behandlas adekvat. Tyvärr är det inte ovanligt att personen istället behandlas med lugnande, alternativt antipsykotiska läkemedel utifrån de symtom och beteenden som smärtan orsakar.

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). Gävle ligger då högre än både länet (68,4 %) och riket (72,3 %).

Även i användning av smärtskattningsskala ligger Gävle högre än länet (28,9 %) och riket (32,8 %) men har stor utvecklingspotential.

	2023	2022	2021
Andel smärtfria registrerade personer	78,9 %	78,6 %	80,7 %
Andel registreringar där smärtskattningsskala använts	37,2 %	24,8 %	23,2 %

Användning av ”olämpliga läkemedel” för målgruppen

Genomsnittliga dygnsdosen av Risperidon (Antipsykotika/neuroleptika) (N05AX08) per person och år:

	2023	2022	2021
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	0,7 mg / 16,2 %	0,7 mg / 13,4 %	0,7 mg / 13,4 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Gävleborgs län	0,8 mg / 16,5 %	0,8 mg / 15,1 %	0,8 mg / 15,4 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	0,8 mg / 13,5 %	0,8 mg / 13,0 %	0,8 mg / 12,3 %

*Kommentar: Målvärdet bör vara < 10 % enligt Socialstyrelsen*

Genomsnittliga dygnsdosen av Oxazepam (lugnande läkemedel) (N05NA04) per person och år:

	2023	2022	2021
Genomsnitt dygnsdos /andel personer Gävle kommun	14,9 mg / 17,3 %	14,2 mg / 18,4 %	14,0 mg / 18,5 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Gävleborgs län	15,3 mg / 16,6 %	14,8 mg / 19,0 %	15,0 mg / 18,7 %
Genomsnitt dygnsdos/andel personer Riket	13,3 mg / 20,2 %	13,6 mg / 19,7 %	13,7 mg / 18,9 %

*Kommentar: Målvärdet bör vara ca 10 %*

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 minskad symtombild hos kunderna, 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

Demensteamet bestående av 100 % Demenssamordnare och 50 % undersköterska har fortsatt sitt uppdrag men nu som permanent verksamhet

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

Utbildningsinsatsernas upplägg har varierat efter verksamheternas behov och tidsförutsättningar. Utbildningsinsatser/handledning har främst utförts inom vård- och omsorgsboende men även inom LSS, hemtjänst och till biståndshandläggare.

## **Samverkan**

Samverkan med Regionens Minnesmottagning har ökat i kundärenden.

### Samverkansprojekt

Under tidsperioden 230830 – 2409XX driver Demensteamet, Minnesmottagningen och Kognitiva stödteamet i Ljusdals kommun ett samverkans-projekt ”BPSD – en daglig utmaning”. I Vårld Gävle deltar Fleminggatan 11 (demensboende för yngre och dagverksamhet för yngre) och i Ljusdals kommun vård- och omsorgsboendet Tallnoret. Projektet kommer att pågå till v 37 2024.

### Projektets Syfte

Att i samverkan och med ett kontinuerligt arbetssätt minska lidandet av BPSD och därmed höja livskvaliteten och kvalitetssäkra vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom.

### *Bakgrund och Mål*

Prevalensen för BPSD är högt. I forskningen är förekomsten 90%, i epidemiologiska studier ligger prevalensen på 97%. Således kommer i stort sett alla patienter med kognitiv sjukdom drabbas av ett eller flera BPSD symtom under förloppet av sjukdomen. Detta bör leda till att vi ser BPSD -symtombilden som en del av den bakomliggande grundsjukdomen. Det innebär att vi måste arbeta kontinuerligt och förebyggande med symtomen, titta på tänkbara orsaker, utforma av en individuell anpassad omvårdnadsplan samt kontinuerlig läkemedelsgenomgång.

I dagsläget anses BPSD mer som problem, en mer akut uppstådd problematisk situation som man önskar en snabb och effektiv lösning på. Det blir då ofta krav på läkemedelsbehandling, i många fall utan indikation.

Det här projektet har som mål att hitta ett mer kontinuerligt personcentrerat arbetssätt och därmed minska användandet av olämpliga läkemedel med hjälp av regelbundna BPSD-registreringar och multiprofessionellt teamarbete.

Detta leder till ökad livskvalitet för personen med kognitiv sjukdom och som i nästa steg leder till en bättre arbetsmiljö för personalen.

Under projektet kommer regelbundna teammöten ske cirka var 6:e vecka i respektive verksamhet. Minnesmottagningens läkare och sjuksköterskor samt Kognitivt stödteam/Demensteam i respektive kommun medverkar konsultativt. Verksamheternas deltagare kommer att vara sjuksköterskor, enhetschefer, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt patientansvarig läkare.

Till dessa möten ska en komplett BPSD registrering vara gjord och aktuell läkemedelslista ska finnas.

### BPSD-administratörsutbildning

Under året har 5 BPSD-administratörsutbildningar genomförts, varav 1 för externa utförare. I och med dessa utbildningar har 43 nya medarbetare genomgått utbildningen. Totalt antal medarbetare i Gävle kommun som genomgått BPSD-administratörsutbildningen sedan 2012 är 635 personer.

## **God vård i livets slut**

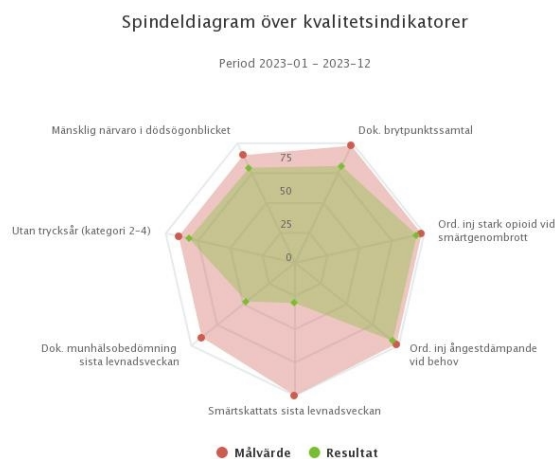
I IVO:s särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden framkommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras. Det är vanligt att brytpunktssamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

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 slutskede 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. Välfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2023 har täckningsgraden försämrats 46,58% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun rapporterades till registret (2022 rapporterades 55,6%, 2021 rapporterades 56,04%, 2020 rapporterades 56,85%). I jämförelse av täckningsgrad med övriga län så befinner sig Gävleborg på plats sju.

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 kvalitetsindikatorerna ordination av injektionsläkemedel samt gällande hemsjukvård även indikatorerna utan trycksår grad 2- 4 och mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

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 = 122



Detta är en modifierad rapport

# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

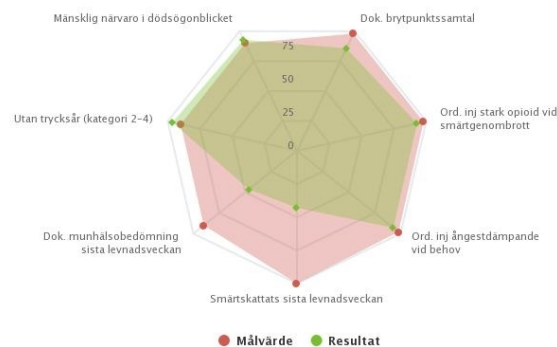
Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	30,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	46,7
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	82,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,5

Urval: Gävle kommun, Eget hem-med stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N= 28

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Detta är en modifierad rapport

# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	92,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,9
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	42,9
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	46,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	96,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,9

## Nutrition

### Undernäring

Inom Vårld Gävle finns idag ingen datainsamling som talar om hur många patienter som lider av undernäring eller som har risk för undernäring. Det vi kan ta reda på idag är hur många riskbedömningar för undernäring som gjorts i varje verksamhet. För 2023 gjordes exempelvis 444 st riskbedömningar för undernäring inom hemsjukvården, men vi vet inget om utfallet på dessa om vi inte granskar journalen för varje individ. Därav kan siffran i sig inte ge oss information om undernäring. Önskvärt är att i framtiden få statistik över hur många som har för lågt BMI, som fick utfall risk för undernäring på riskbedömningen och hur många av dessa som fått en nutritionsbehandling (och uppföljning av denna). Sedan utträdet ur Senior Alert finns inte möjlighet att följa statistik och på så vis saknas en helhetsbild gällande nutritionstatus.

### Nattfasta

Det enda mått inom nutrition som Vårld 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 Vårld Gävle. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan.

Av de 606 inkluderade personerna i mars månads mätning 2023 visar resultatet att 87 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 8 timmar och medianen 7,3 timmar. Mycket positivt för

mätningen var att sju enheter nådde 92 - 99% och att två enheter nådde målet om 100%.

Med ett uppsatt mål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Vårdförbundet Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet, men flera enheter har mycket kvar att göra för att rutinerna ska sätta sig. 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.

### Kostombud

På vård- och omsorgsboenden finns kostombud som har till uppgift att vara extra drivande kring mat och måltider på sin avdelning samt lära upp ny personal och vikarier. Kostombudsmöten hålls minst fyra gånger per år på varje enhet varav NAD bjuds in vid två tillfällen. Enhetschef deltar varje gång. På dessa möten behandlas allt som rör maten och måltidssituationen och ibland används mötet till vidareutbildning för kostombuden.


### Nutritionfrågor i enkäten

I enkäten som skickades ut inför framtagandet av patientsäkerhetsberättelsen ställdes frågor kring nutrition. 20 % av de svarande, där bland hemsjukvården, svarade att de inte kände till *Rutin för nutritionsbehandling*. 30% svarade att den var delvis känd och tillämpad. Att rutiner är kända och tillämpade i verksamheterna är en grundförutsättning för hög patientsäkerhet.

På frågan om man får en nutritionsutredning vid upptäckt risk för undernäring eller konstaterad undernäring svarade 65 % ja. Det betyder att i 35% av verksamheterna får patienterna inte alls eller endast vissa, sitt nutritionstillstånd utrett kring vad som orsakar undernäringen eller risk för detta.

47. *Rutin för nutritionsbehandling* med kopplade bilagor är väl kända och tillämpade i verksamheten?

[Mer information](#)


 Insikter

 Ja	10
 Nej	4
 Delvis	6



48. Alla kunder med undernäring/ risk för undernäring genomgår en nutritionsutredning?

[Mer information](#)

 Insikter

 Ja	13
 Nej	3
 Delvis	4



Inom kommunal hälso- och sjukvård är det sjuksköterskan som har nutritionsansvaret. Där innefattas hela nutritionsvårdsprocessen med riskbedömning, utredning, val av åtgärder samt utvärdering och uppföljning. Steget utredning är omfattande för att kunna ta reda på varför en person går ner i vikt. Där ingår att beräkna energi- och



proteinbehov, beräkna intag av mat och dryck, mätning av nattfasta och att undersöka ät- och sväljsvårigheter bland annat. I enkäten har 35% av verksamheterna svarat att sjuksköterska inte har tillräckligt med tid till att utföra en heltäckande nutritionsutredning. Detta kan få stora konsekvenser för en patients vård och behandling och i värsta fall leda till vårdskada.

På frågan om remiss skrivs till logoped för utredning av ät- och sväljsvårigheter svarade 40% att de aldrig eller sporadiskt gör det.

För att kunna följa rutinen vid nutritionsbehandling med kopplade bilagor (lathundar och instruktioner) behövs tid för att sjuksköterska ska kunna läsa igenom och tillämpa de arbets sätt som dokumenten krävställer.

50. Sjuksköterskan har tillräckligt med tid för att göra en heltäckande nutritionsutredning? (beräkna energi- och proteinbehov, genomföra kostregistrering, mäta nattfastan, undersöka ät- sväljsvårigheter etc)

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Ja	8
● Nej	7
● Delvis	5

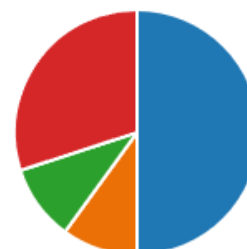


55. Skrivs remiss till logoped när patienten har ät- och sväljsvårigheter som behöver utredas?

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Alltid	10
● Oftast	2
● Sporadiskt	2
● Aldrig	6



## Munhälsa

På frågan om patient får en upprättad vårdplan vid risk för dålig munhälsa svarade 75% ja och 25% nej eller delvis. Även om svaret är övervägande positivt så finns utvecklingspotential då samtliga patienter ska få en vårdplan upprättad när munhälsan är dålig. Om inte en god munhälsa uppnås finns det risk för att nutritionen blir lidande.

### 4.3 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.

### **Risk- och konsekvensanalys**

Kontor Hälso- och sjukvård har gjort en risk- och konsekvensanalys inför organisationsförändring. Utifrån bemanningsläget då vi har många bemanningssjuksköterskor inhyrda på grund av brist på personal är det en utmaning i att få en kontinuitet i patientsäkerhetsarbetet. En stor utmaning som är grunden för en patientsäker vård är att ha fast personal som träffar patienterna kontinuerligt. Utifrån de nya EU- direktiven (11 tim dygnsvila) har mycket tids lagt på schemaläggningar samt arbetet med schema för en ny kväll och helgorganisation som ska leda till en mer kontinuitet och därmed en högre patientsäkerhet. Målet är att kunna anställa egen personal och därmed höja patientsäkerheten.

Utifrån ett nytt hälso- och sjukvårdskontor finns utmaningar så som att få till likvärdiga arbetssätt i alla verksamheter. Patientsäkerhet bygger på att det är en god arbetsmiljö och att det finns adekvata rutiner. Nya forum och arbetssätt behöver skapas inom kontor Hälso- och sjukvård. Därutöver behövs mötesformer för att bedriva utvecklingsarbeten. Viktiga aspekter för att uppnå en god patientsäkerhet är att eftersträva kontinuitet i våra verksamheter samt att ha medarbetare med god och rätt kompetens.

### **Vårdskador**

En vårdrelaterad infektion, VRI är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg.

VRI är den vanligaste vårdskadan globalt, i Europa och i Sverige. Den har stor negativ inverkan på folkhälsan med påverkan på mortalitet, morbiditet och livskvalitet (WHO 2011). De ekonomiska konsekvenserna av vårdskador, där VRI är den vanligaste skadetypen, är stora.

Ett av de viktigaste evidensbaserade insatsområdena för att minska förekomsten av VRI är att ett land, ett sjukhus och en vårdenhet har valida data som beskriver förekomsten av VRI. Infektionsregistrering behövs för att övervaka trender, tidigt identifiera en ökning av infektioner och för att utvärdera effekter av vidtagna åtgärder för att minska VRI.

Sammanfattningsvis bedöms mellan en tredjedel och drygt hälften av VRI kunna förebyggas och bör därför bedömas som undvikbara. En av de viktigaste åtgärderna för att förebygga infektioner är en god följsamhet till basala hygienrutiner. Att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska spridning och selektion (naturligt urval) av antibiotikaresistenta bakterier är en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna. En ansvarsfull antibiotikaanvändning och god vårdhygien är centrala delar i arbetet med att minska uppkomst och spridning av resistenta bakterier. Genom att strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning skapar vi underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även incitament till att försöka minska och förebygga riskfaktorer hos vårdtagarna.

### **Vaccinationer**

Vaccination mot covid-19 och influensa har genomförts enligt Folkhälsomyndighetens rekommendation och i samverkan med Region Gävleborgs smittskyddsenhet och deras vaccinationssamordnare. Sjuksköterskornas vårdpreventiva insatser med att vaccinera på vård- och omsorgsboenden, inom LSS och patienter inskrivna i hemsjukvården har haft en stor betydelse för patientsäkerheten.

### 4.3.1 Riskhantering

#### 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 och bemanning inför sommaren etcetera.

#### **Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande riskhantering:**

Inför omorganisationer i arbetssätt, personalplanering, schemaändringar eller annat som påverkar organisation och kvalitet utförs alltid en risk och konsekvensanalys, för att belysa olika risker och påverkan av kvalitet i organisationen och för att säkerställa patientsäkerheten.

Verksamheten arbetar även i årsredovisningar utifrån upprättad kontinuitetsplan och följer upp denna i verksamhetsberättelsen.

Verksamheten följer även inkomna klagomål, avvikelser och information från verksamheten för att i realtid kunna identifiera och agera på avvikelser som kan påverka kvalitet och patientsäkerhet negativt. Under året har ledningen vid två tillfällen utifrån detta arbetssätt ökat bemanning på jourtid för att säkerställa ovan.

Verksamheten arbetar även med så kallade åtgärdskort som är implementerade och kända i verksamheten utifrån olika beredskapslägen. Dessa åtgärdskort har aktiverats under året och då även säkerställt utifrån uppkomna väderfenomen att verksamheten har prioriterat, samverkat och förstärks utifrån, arbetsmiljö, patientsäkerhet och kvalitet med utfall att ingen patient har haft någon påverkan utifrån vidtagna åtgärder.

Ledigheter, semestrar planeras alltid i god tid för att säkerställa kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

### 4.4 Säkra 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.

#### **Handlingsplan för patientsäkerhet:**

Gällande analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete för kommuner så har handlingsplanen färdigställts, ansvariga är utsedda samt prioriteringar är gjorda av den

arbetsgrupp som arbetat med detta.

Några av prioriterade arbeten är att:

- Ta fram indikatorer
- Kvalitetsorganisation
- Genomlysning av bemanningsenheten
- Kompetensutvecklingsplan
- Kommunicera patientsäkerhetsarbetet
- Rutin för anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- Avvikelsehantering

## Rehabilitering

Under 2023 publicerade Socialstyrelsen ett nytt kunskapsstöd "Hälso- och sjukvård i hemmet - Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering". Medicinskt ansvarig för rehabilitering har förmedlat detta till ledningsfunktioner för hälso- och sjukvård tillsammans med tillhörande reflektionsmaterial.

Kunskapsstödet med tillhörande reflektionsmaterial gällande utveckling av kommunal rehabilitering respektive utveckling av hälso- och sjukvård i hemmet syftar till inspiration till fortsatta dialoger och arbete med utvecklingen och omställningen till en nära vård.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering initierade arbete med detta och fick ett uppdrag att tillsammans med två enhetschefer inom hälso- och sjukvårdskontoret arbeta vidare med reflektionsmaterialet för rehabilitering tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Arbetet är påbörjat och fortsätter under våren 2024. Återrapportering kommer ske till ledningsfunktioner.

## Rehabiliteringsplaner

**5 §** Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 § erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Kommunen ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan när insatser som avses i första stycket erbjuds. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Inom Valförd Gävle så dokumenterar arbetsterapeuter och fysioterapeuter utredande och behandlande åtgärder i vårdplaner vilka innehåller problem, mål, åtgärd och uppföljning. Dialog om mål med patient kan ske muntligt. Att erbjuda patienter rehabiliteringsplaner förekommer men ej så frekvent. Det är heller inte vanligt att rehabiliteringsplaner medföljer i vårdkedjan. Via det länsgemensamma arbetet utifrån kunskapsstyrningen och vårdförloppet "Generisk modell för rehabilitering" så pågår ett utvecklingsarbete gällande rehabiliteringsplaner. En länsgemensam rutin utarbetas. I arbetet kommer uppföljning att ske exempelvis via KVÅ-koder. Resultat för 2023 visas nedan:

Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ): Socialstyrelsen

Kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), Gävle, båda könen, Ålder 65 och uppåt, 2023			
KVÅ-kod	2023		
	jan - apr	maj - aug	sep - dec
AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan	--	--	--
AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan	X	X	--
AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan	--	X	--
AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård	--	--	--
AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan	--	X	--

Kryss i statistik ovan påvisar att registreringar finns i kategorier men att antal åtgärder är så pass få (per tertial) att de sekretess-kryssas för att inte riskera att peka ut enskilda personer.

I enkät till verksamheten inför patientsäkerhetsberättelsen så anges till övervägande del att patienter med behov av bedömning/ träning/behandling av arbetsterapeut/fysioterapeut alltid eller oftast kan erbjudas detta. När det gäller träning/behandling som ska utföras via egenvård med stöd av annan respektive via delegering så uppnås inte samma resultat:

63. Utförs "Egenvård med stöd av annan" vilken bedömts av arbetsterapeut/fysioterapeut gällande träning/behandling?

[Mer information](#)

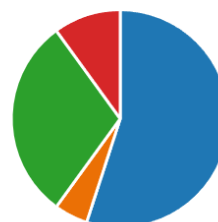
<span style="color: blue;">●</span> Alltid	9
<span style="color: orange;">●</span> Oftast	5
<span style="color: green;">●</span> Sporadiskt	5
<span style="color: red;">●</span> Aldrig	0
<span style="color: purple;">●</span> Ej aktuellt	1



64. Vid delegerad behandling/träning till omvårdnadspersonal av fysioterapeut/arbetsterapeut utförs då uppgiften?

[Mer information](#)

<span style="color: blue;">●</span> Ja	11
<span style="color: orange;">●</span> Nej	1
<span style="color: green;">●</span> Delvis	6
<span style="color: red;">●</span> Annat	2



## Ändring i Hälso- och sjukvårdslagen - Rehabilitering

Sedan 1 januari 2024 så finns en ändring i Hälso- och sjukvårdslagen 13a kap. Primärvårdens grunduppdrag: Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt... "4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar..." En bakgrund till detta ska vara att förtydliga rehabiliteringsansvaret, att rehabilitering är högt prioriterat och att det finns stort behov av rehabilitering.

### Definition enligt Socialstyrelsens termbank - Rehabilitering

"insatser som ska bidra till att en person **med förvärvad funktionsnedsättning**, utifrån dennes behov och förutsättningar, **återvinner eller bibehåller** bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet"

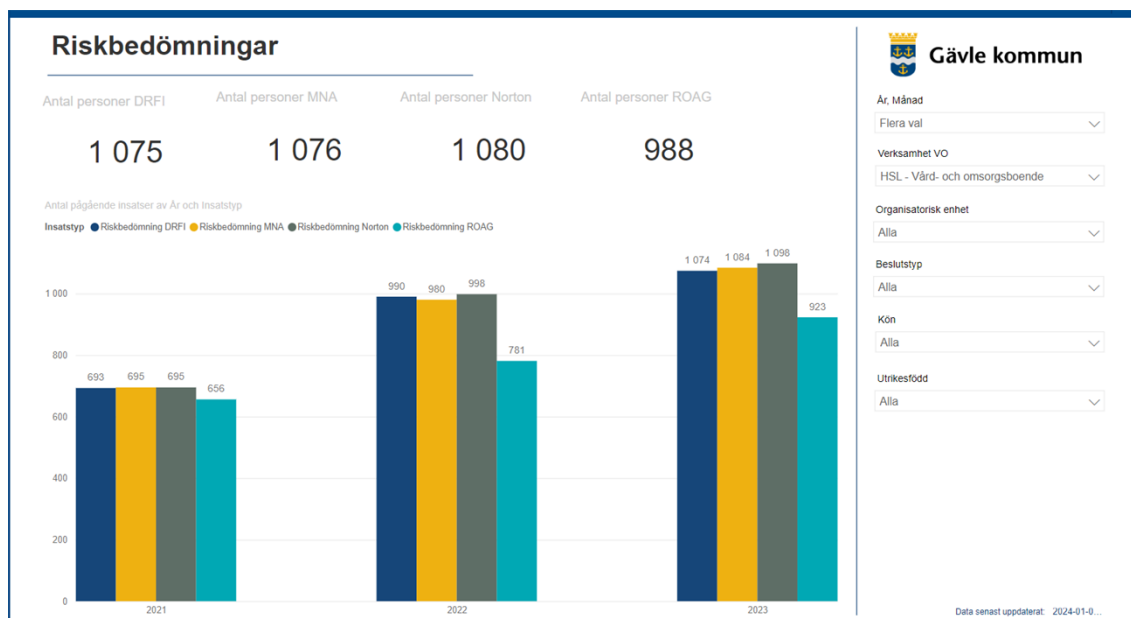
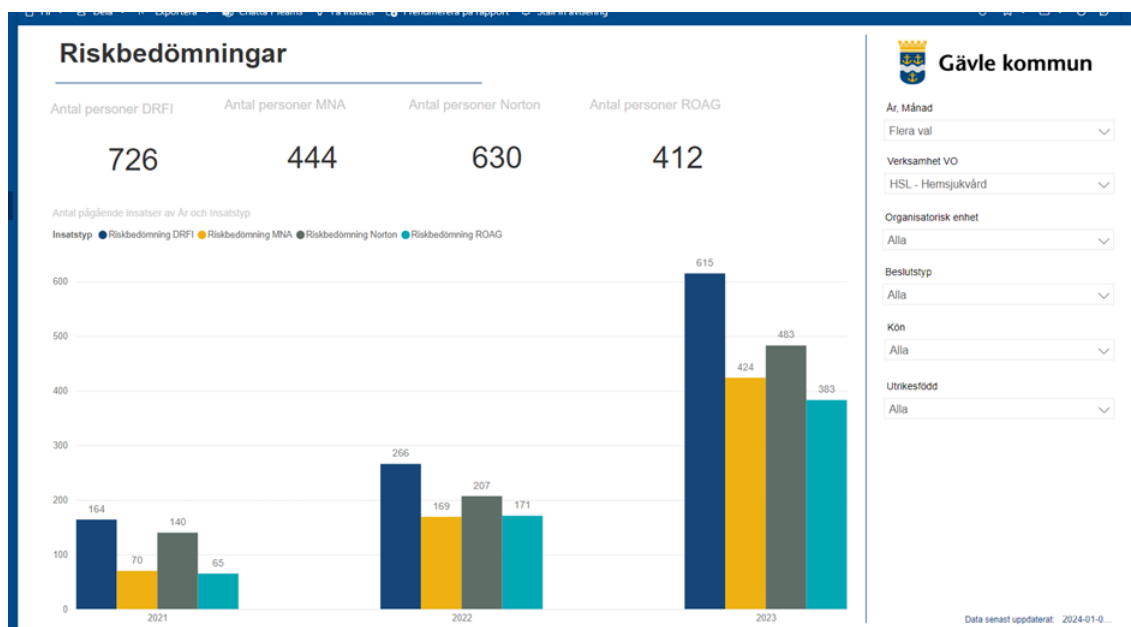
### Individuella riskbedömningar

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 2023 visar att antalet genomförda riskbedömningar har ökat jämfört med föregående år framför allt inom hemsjukvård, 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.



## Journalgranskning

Under år 2023 redovisades den journalgranskning vilken genomfördes 2022 gällande egenregins verksamhetsområde vård- och omsorgsboende exklusive Socialpsykiatri. Granskningen redovisades för verksamhetschefer/enhetschefer i det nybildade Hälso- och sjukvårdskontoret för fortsatt utvecklingsarbete och följsamhet till upprättade rutiner och lagstiftning.

IT Vålfärd bistod med slumpmässigt urval av patientjournaler och dessa granskades av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering med en tredjedel vardera. Totalt granskades 76 journaler. Parametrar vilka granskades återfinns i Vålfärd Gäves granskningsmall för Hälso- och sjukvårdsdokumentation i Ledningssystemet.

Rapporten finns i bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

## Skyddsåtgärder hemsjukvård 2023

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

## Skyddsåtgärder vård- och omsorgsboende 2023

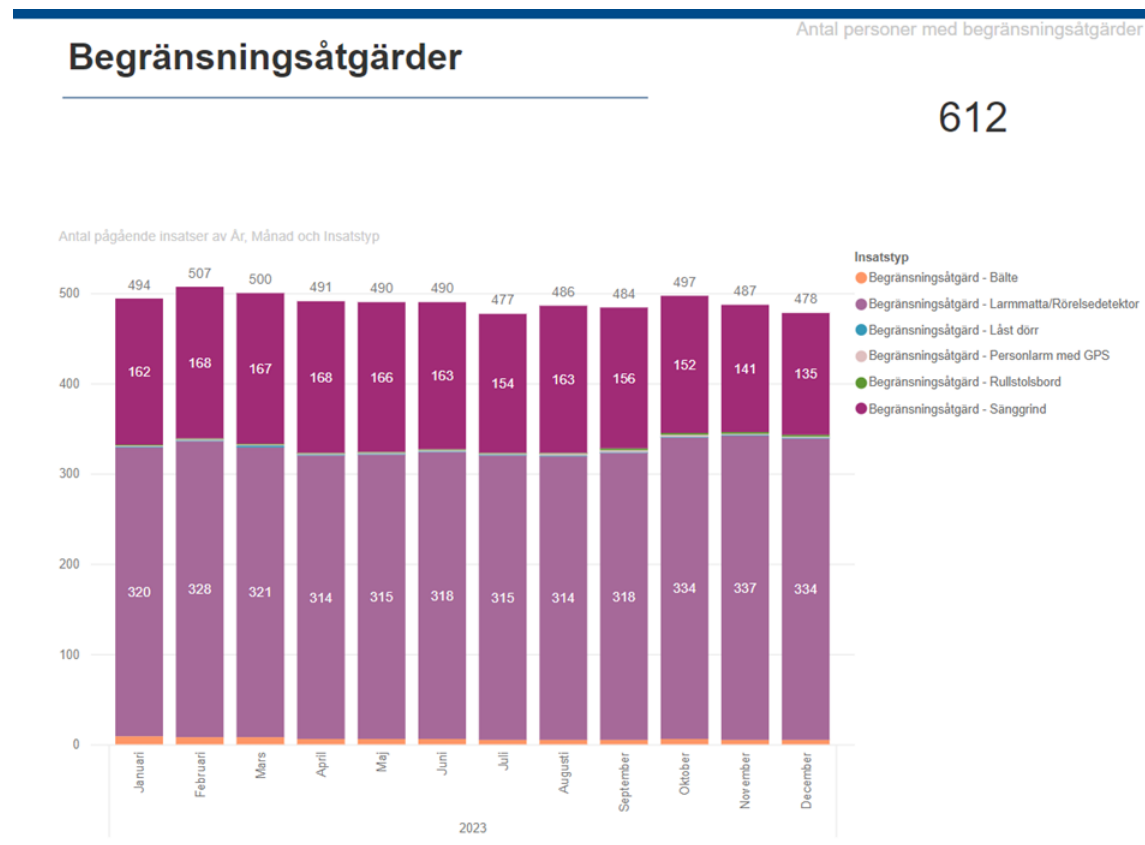
Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd

2022: 603

2021: 538

2020: 568

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.



## 4.4.1 Avvikelser

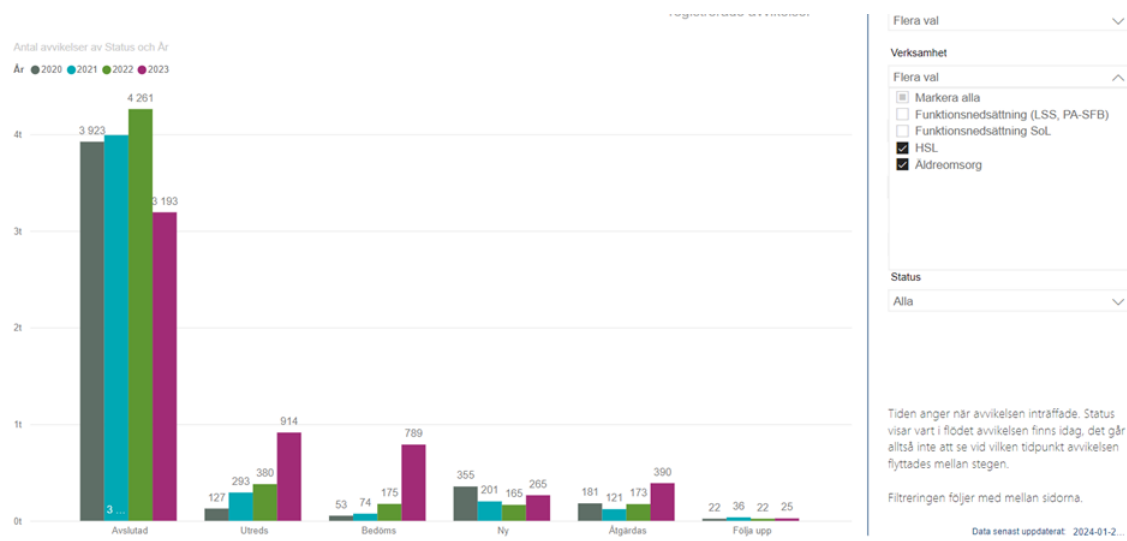
### Avvikelser

Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2021 gavs utbildning i avvikelshantering till enhetschefer och verksamhetschefer. Detta var en åtgärd som utfördes på grund av bedömningar och utredningar inte har gjorts enligt rutin för avvikelshantering. Trots dessa vidtagna åtgärder så noteras att även under 2023 kvarstår bristande följsamhet till rutinen för avvikelshantering.

Det är högst troligt att det finns många fler HSL-avvikelser som fortfarande är kvar på SOL-enheter och som ännu inte blivit överförda till en HSL-enhet alternativt att det saknats mottagare av avvikelser inom en HSL-enhet. Det innebär att Hälso- och sjukvårdskontoret inte har någon kännedom om dessa avvikelser för tillfället. Avvikelsemodulen i Treserva har ej blivit uppdaterad efter organisationsförändringen vilket har medfört att många avvikelser inte har blivit hanterade då det har saknats mottagare.

Antalet ej hanterade avvikelser har ökat under 2023.

Antal som har registrerats 5576, varav 1178 har ej sannolikhets och allvarlighets bedömts. Av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare enligt lex Maria.



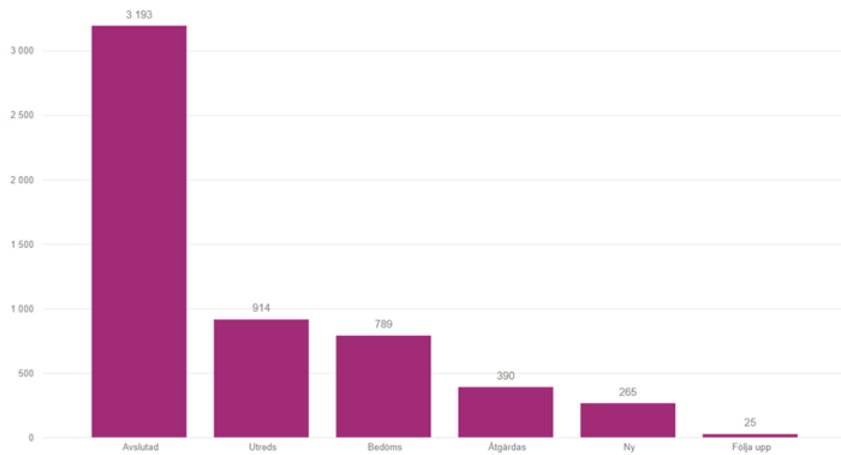


## Avvikelser - aktuell status

5 576  
Antal avvikelser

1 508  
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av Status och År  
År ● 2023



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

- Märkera alla
- Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- Funktionsnedsättning SoL
- HSL
- Aldreomsorg

Status

Alla

Tiden anger när avvikelserna inträffade. Status visar vart i flödet avvikelserna finns idag, det går alltså inte att se vid vilken tidpunkt avvikelserna flyttades mellan stegen.

Filteringen följer med mellan sidorna.

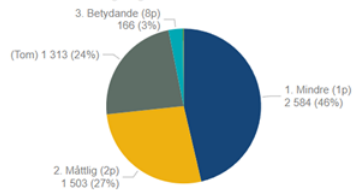
Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

## Avvikelser - aktivitet

5 576  
Antal avvikelser

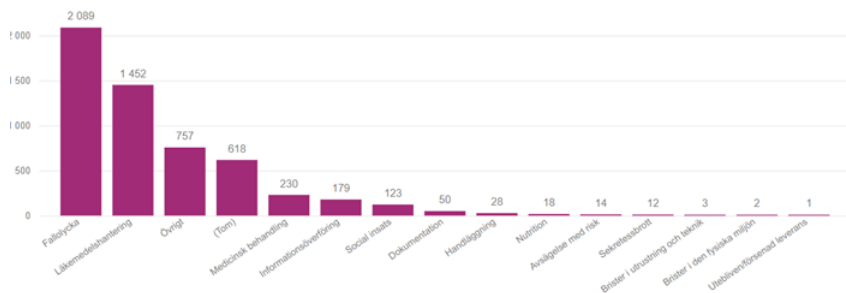
1 508  
Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av Aktivitetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelseaktivitet och År

År ● 2023



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Flera val

- Märkera alla
- Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)
- Funktionsnedsättning SoL
- HSL
- Aldreomsorg

Status

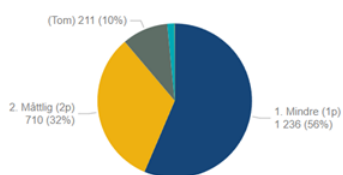
Alla

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

## Avvikelser läkemedelshantering

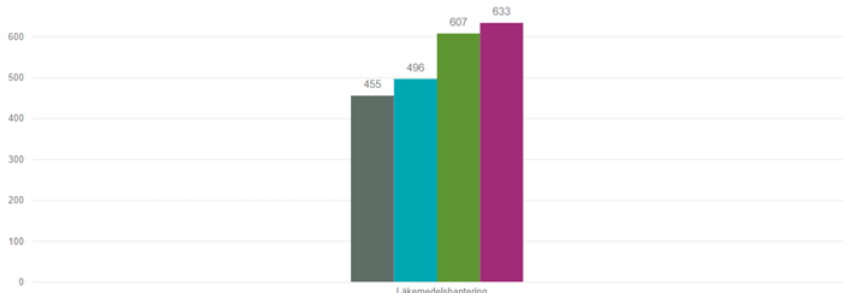
## Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



2 191

Antal avvikelser

883

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

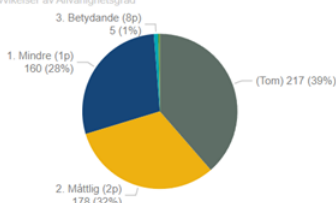
Flera val

- boendestöd och personligt stöd
- EDV
- Hemtjänst inkl natt och larm
- HSL - Avlösningsboende
- HSL - Boende LSS
- HSL - Boende Psykiatri
- HSL - Hemsjukvård
- HSL - Vård- och omsorgsboende
- Korttidshem
- PASS
- Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

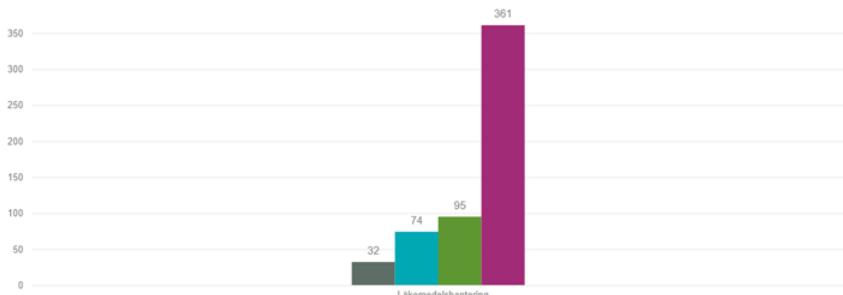
## Avvikelser - aktivitet

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



562

Antal avvikelser

304

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet

Alla

Verksamhet VO

- boendestöd och personligt stöd
- EDV
- Hemtjänst inkl natt och larm
- HSL - Avlösningsboende
- HSL - Boende LSS
- HSL - Boende Psykiatri
- HSL - Hemsjukvård
- HSL - Vård- och omsorgsboende
- Korttidshem
- PASS
- Vård- och omsorgsboende

Data senast uppdaterat: 2024-01-2...

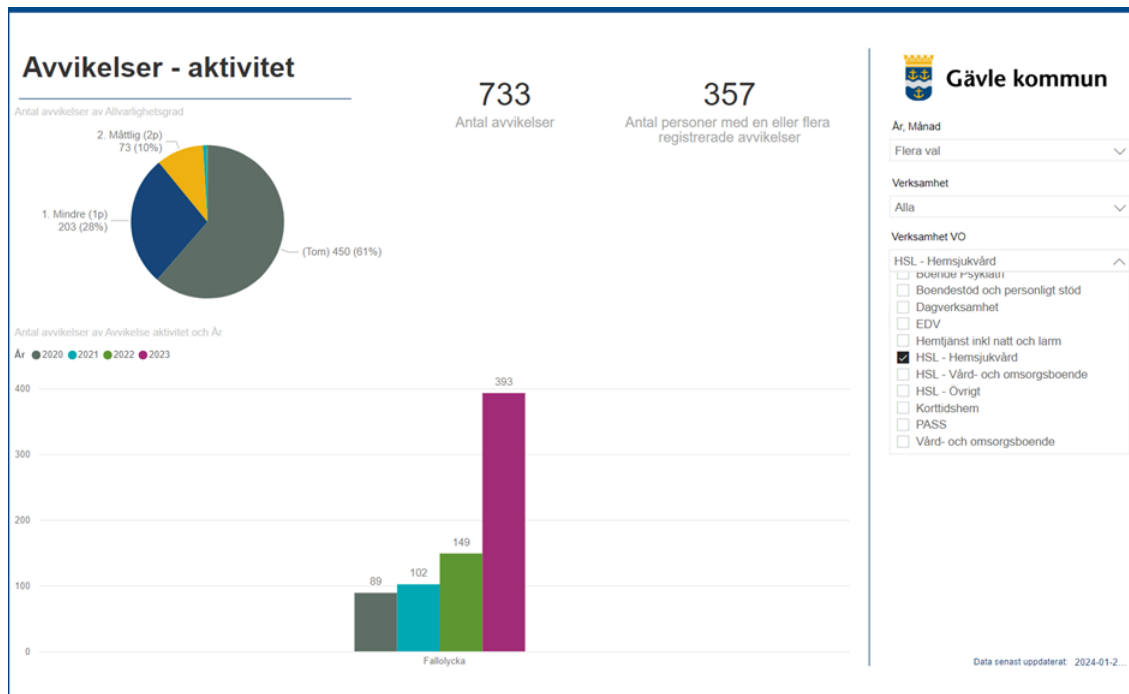
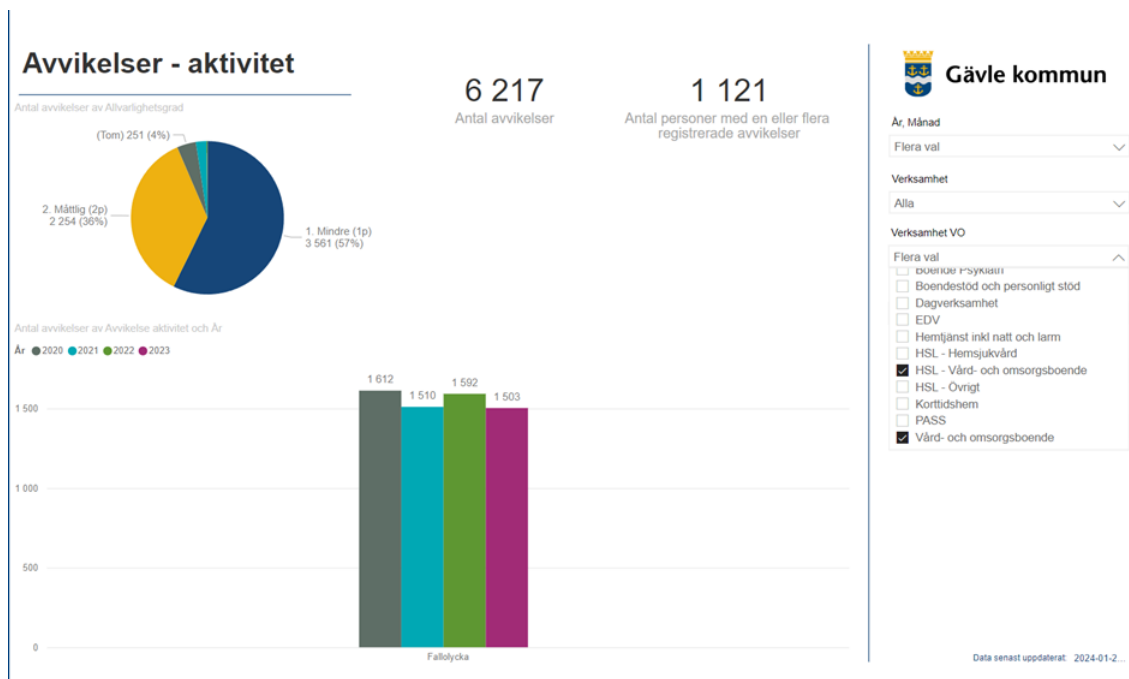
## Avvikelser fall

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”.



**Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande avvikelser:** Sedan januari 2023 finns en resursperson inom kontor HSL som arbetar med avvikelsehantering och samarbetar med berörda enhetschefer och verksamhetschefer för att hantera avvikelserna på ett systematiskt sätt.

Avvikelse som rapporteras på en HSL enhet hanteras enligt rutin. Det finns en tydlig indikation på att avvikelser inom lagrum HSL fortfarande finns kvar på SOL – enheter och att dessa avvikelser inte har rapporterats till mottagare inom enhet HSL enligt rutin.

Enhet HSL har uppmärksammat att avvikelser har rapporterats på enheter som inte har någon angiven mottagare. Samt att listan över mottagare för avvikelserna inte har uppdaterats som den borde. Detta kan vara orsaker till att det kvarstår bristande följsamhet till rutinen för avvikelsehantering.

För att förbättra hanteringen av avvikelser har fokus varit att säkerställa listan över mottagare samt att avsluta enheter i modulen som inte ska användas för rapportering av avvikelser. För närvarande pågår ett arbete med att etablera ett organiserat arbetssätt som är tydligt för alla enheter som hanterar avvikelser. Detta är en viktig del för att stärka och effektivisera avvikelsehanteringen inom organisationen.

#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

##### Klagomål och synpunkter

Nedan redovisning utgår från det som inkommit till diariet och kan omfatta både medicinska och sociala avvikelser. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammat.

Antal registrerade klagomål/avvikelser i diariet är 134 för Omvårdnadsnämnden 2023.

	Kontor boende	Kontor stöd i hemmet	Kontor hälso- och sjukvård
Inkomna klagomål	41	59	2
Avvikelser från Region Gävleborg	9	9	13
Utgående avvikelser	2	7	25
Klagomål via IVO	0	0	1

##### Följande underlag har inkommit från verksamhetschefer gällande klagomål och synpunkter:

Inkomna klagomål antal 2

Inkomna klagomål via avvikelserregionen 2

Inkomna klagomål via IVO 1

Verksamheten arbetar aktivt med inkomna klagomål och synpunkter via diariet eller om patient/närstående hör av sig direkt till verksamheten.

Det är få klagomål som inkommit till verksamheten under året och de som inkommit från patient/anhörig har berört en osäkerhet kring kompetens och lokalkännedom på jourtid. I detta fall har verksamhetschef haft en direktkontakt och även besökt klagomåls inlämnaren, för diskussion och samtal.

Klagomålen föregående år har varit en stor del av och legat till grund för den nya kvälls och helg organisationen som syftar till att behandla och förebygga ett nytt arbetssätt som ska hindra likande situationer att uppstå igen.

Klagomål har även inkommit gällande kommunikationsbrist för brytpunktssamtal mellan läkare och anhöriga. Detta har genererat en åtgärdsplan för ledningsgrupp prioriterad att arbeta med säkerställande i processen för brytpunktssamtal, information och tydlighet i verksamheten.

De klagomål som inkommit från regionen är framförallt gällande utevaro i SIP, dessa har identifierats som brister i kommunikation och att kommunens hälso och sjukvård ej närvarat i inväntande av riskbedömningar från regionen innan en säker och behandlingsuppdaterad SIP kan verkställas.

Inkomna klagomål via IVO har varit från anhörig och har gällt klagomål från VÅBO innan HSL kontorets uppstart, Kontor HSL har varit behjälpliga i detta ärende. Även här gäller klagomål information om brytpunktssamtal och behandlings inskränkningar.

Klagomål och synpunkter bevakas och koordineras genom sjuksköterska med kvalitets ansvar

## **Patientnämnden**

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivaren och se till att klagomålen blir besvarade av vårdgivaren. Patientnämnden lyfter vikten av att se klagomål och synpunkter som ett sätt att involvera patienter och närstående i verksamhetens säkerhetskultur.

Under 2023 har det inkommit 9 ärenden till Patientnämnden gällande verksamheter inom Omvårdnadsnämndens område. Det är mer än en dubbling av antalet ärenden från föregående år. Sex av ärendena handlar om bristande omvårdnad. De resterande tre ärendena handlar om brister i bemötande, behandling och läkemedelshantering. Tre av ärendena har besvarats skriftligt av verksamheten, fem av ärendena har endast kommit till verksamheten för kännedom utan skriftligt yttrande och ett ärende ledde till ett vårdmöte.

## 4.5 Ökad 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.

Verksamheten har sedan tidigare utarbetat stabsplaner för när verksamheten ska agera och hur. Arbetet är utvecklat med åtgärdskort och verksamheten har tagit fram ett helhetskoncept för sektorn som är överlämnat till säkerhetsansvarig. Säkerhet prioriteras både i form av säkerhet på arbetet samt beredskap för händelser i form av extraordinära händelser. Beredskap för ex väderfenomen och elavbrott.

### **Krisberedskap för livsmedelsförsörjning**

Redan hösten 2022 inledde säkerhetssamordnare tillsammans med nutritionsansvarig dietist (NAD) arbetat med att börja ta fram kontinuitetsplaner tillsammans med samtliga verksamheter inom kontor boende. En kontinuitetsplan berättar hur man ska arbeta när förutsättningarna är förändrade. Arbetet belyste behovet av ett särskilt uppdrag gällande mat. Inom detta uppdrag utreds frågan kring vilken mat som skall köpas in, var och hur den skall förvaras och vilka som skulle omfattas av ett så kallat krislager. Arbetet började hösten 2023 och förväntas vara klart i maj 2024.

## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Mål

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

God kvalitet gällande hälso- och sjukvård behöver säkerställas och prioriteras under 2024.

### Strategier 2024

Beslut från nämnder om indikatorer för en god och säker hälso- och sjukvård inom Valfärd Gävle.

Efterfrågan och struktur inom Valfärd Gävle för att tillse att varje verksamhet följer upp resultat utifrån indikatorer och kvalitetsregister och att utvecklingsarbete sker.

För att nå en hög patientsäkerhet är det systematiska arbetet viktigt. Detta arbete är uppbyggt på riskanalyser, utredningar av avvikelser och egenkontroller. Chefernas och ledarnas kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. De har också en betydelsefull roll för att påverka beteenden kring säkerhet. En lärande organisation – lära av positiva och negativa händelser. Hög patientsäkerhet förutsätter ett ständigt förbättringsarbete. I det arbetet är riskmedvetenhet, öppenhet och ett förebyggande förhållningssätt centralt

Beakta lagändring gällande Rehabilitering i primärvårdens grunduppdrag. Att särskilt...<sup>4</sup>. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar..."

Ställningstagande till användning av Senior alert. Genom att använda kvalitetsregister Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå och varje vårdgivare får möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en följd minska uppkomna vårdskador. Senior alert fungerar också som en källa för forskning.

Ett förebyggande arbetssätt och strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktminskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

Enligt Sveriges kommuner och regioner SKR så pågår ett arbete med att ta fram en effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och Nationella kvalitetsregister.

Arbete är också aktuellt inom kommunal hälso- och sjukvård, där samtliga journalsystemsleverantörer ingår. Senior alert är först ut och genomför arbetet med automatiseringen tillsammans med kommunerna.

### Planerade åtgärder och aktiviteter

**Att** implementera vårdförlopp inom Valfärd Gävle utifrån det länsgemensamma arbetet.

**Att** implementera av beslutsstöd ViSam för sjuksköterskor.

**Att** säkerställa hantering med inventering/register för att uppfylla lagkrav gällande spårbarhet och kalibrering/service av medicintekniska produkter såsom mätutrustning. Det behövs även ett fortsatt utvecklingsarbete för motsvarande säkerställande gällande kommunägda hjälpmedel.

**Att** tydliggöra arbete med riskhantering av verksamhet. Syftet med riskanalyser enligt handboken Utredning av risker-handbok för metoden riskanalys (LÖF) är att "... identifiera risker och bakomliggande, bidragande orsaker till risker och att utforma åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud..." och "...risker kan finnas i patientnära verksamhet, men också i vårdens olika stödsystem och funktioner där negativa händelser kan återverka på säkerheten i vård..."

**Att** strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning för att skapa underlag för ett fortsatt förbättringsarbete. Det ger även incitament till att försöka minska och förebygga riskfaktorer. Rapportering gällande vårdrelaterade infektioner kommer att startas upp och målet är att rapportering sker varje månad från verksamheterna till MAS.

**Att** alla patienter ska få den hjälp och det stöd de behöver för att äta eller på annat sätt täcka sitt energi- och näringsbehov och att nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder ska dokumenteras och följas upp enligt Vårdhandboken. Dessa mål ämnas följas upp genom en tematisk granskning för nutrition där journalgranskning och intervjuer med patienter planeras ingå.

**Att** nattfastemätning genomförs med fortsatt målsättning gällande att 100 % av kunderna har en nattfasta som ej överstiger 11 timmar.

**Att** alla sjuksköterskor genomgår lärarledd nutritionsutbildning av NAD eller motsvarande i Kompetensen. Hänvisning till verksamhetsmålet "Det ska finnas personal med adekvat nutritionskompetens på eller knuten till vårdenheten" i Vårdhandboken.

**Att** delegeringsprocessen kvalitetssäkras då det framkommer stora brister vid verksamhetsuppföljningar.

**Att** nuvarande rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård revideras.

**Att** alla hemtjänstutförare, samtliga vård- och omsorgsboenden samt fler kunder med personlig assistans påbörjar införandet av digitala signeringslistor.

**Att** planerat pilotprojekt startar upp under våren gällande användning av läkemedelsrobotar.

## **Utmaningar 2024**

Systematiskt arbete med uppföljning av resultat - att mäta för att veta

Systematiskt kvalitetsarbete: riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller

Bemanningssituation samt kontinuitet gällande sjuksköterskor

Uppbyggnad av kvalitetsorganisation

Ökad följsamhet till upprättade rutiner

Öka patientens delaktighet och partnerskap utifrån personcentrerad vård