



Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs stad 2024

**Äldre samt vård- och omsorgsnämnden
Nämnden för funktionsstöd
Socialnämnden Sydväst**

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	3
1.1 Sammanfattning	3
2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH AKTIVITETER FÖR 2024	5
3. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
3.1 Patientsäkerhetsorganisation och ansvar	7
3.2 Kontinuitet	7
3.3 Informationssäkerhet	7
3.4 Patienter och närstående som medskapare	8
4. SYSTEMATISKT PATIENTSÄKERHETSARBETE	10
4.1 Egenkontroll	10
4.2 Avvikelser och vårdskador	10
4.3 Klagomål och synpunkter	12
4.4 Hälso- och sjukvård inom:	12
4.4.1 Vårdprevention	12
4.4.2 Överlämnande av hälso- och sjukvårdsåtgärder	13
4.4.3 Säker läkemedelshantering	13
4.4.4 Demensvård	14
4.4.5 Psykisk ohälsa	14
4.4.6 Palliativ vård	15
4.4.7 Dokumentation	15
4.4.8 Medicintekniska produkter	16
4.5 Riskhantering	16
5. GRANSKNINGAR OCH TILLSYNER	18
5.1 Interna	18
5.2 Externa	18
6. SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	20
6.1 Intern	20
6.2 Extern	20
7. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH AKTIVITETER FÖR KOMMANDE	
ÅR	22

1. INLEDNING

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivaren dokumentera sitt systematiska patientsäkerhetsarbete årligen i en patientsäkerhetsberättelse. I ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) finns bestämmelser och råd om innehåll och detaljeringsgrad i patientsäkerhetsberättelsen.

Patientsäkerhetsberättelsen gäller för nämnderna tillika vårdgivarna vilka samverkar kring kommunal hälso- och sjukvård (kommunal primärvård). De berörda nämnderna är Nämnden för funktionsstöd, Socialnämnden sydväst samt Äldre samt vård- och omsorgsnämnden. Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för kommunal hälso- och sjukvård som utförs inom den egna förvaltningen, inom Förvaltningen för funktionsstöd och inom Socialförvaltningen Sydväst. Patientsäkerhetsberättelsen är skriven i ett övergripande perspektiv utifrån insamlad information från respektive förvaltning. Varje förvaltning tillför information utifrån den egna nämndens ansvarsområde.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 gäller för perioden december 2023 till och med september 2024.

1.1 Sammanfattning

Under 2024 har fokus varit på omställningen till Nära vård där digitalisering, samverkan och kompetensförsörjning är viktiga delar. Omställningen fokuserar på personcentrerad vård där individens egna resurser är i fokus och arbetssätten är proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande. Velfärdsteknik kan bidra till ökad livskvalitet för äldre och personer med funktionsnedsättning. Ett viktigt steg är införandet av digital signering och säker kommunikation. Dessa hjälper till att förbättra säkerheten och minska administrationen. Digital signering kan säkerställa att rätt medicin ges vid rätt tidpunkt och minskar risken för felmedicinering.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete inkluderar årliga egenkontroller samt rapportering och hantering av avvikelser. Under rapporteringsperioden gjordes fyra lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Få klagomål har registrerats, men förbättringsåtgärder har vidtagits. En ny rutin för samverkan med och för individen har införts för att stärka patientens delaktighet och inflytande. Minskning av inhyrd personal har förbättrat kontinuiteten och säkerheten i vården. En individuell introduktionsplan vid nyanställning tas fram för att ge legitimerade medarbetare förutsättningar att ge patienter en god och säker kommunal hälso- och sjukvård.

Vårdprevention är en viktig del av arbetet, så som att förhindra fall, undernäring och trycksår. Säker läkemedelshantering har förbättrats genom digital utbildning och införandet av läkemedelsskåp med spårbarhet pågår. Inom demensvården har utbildning och nya arbetssätt införts för att minska symtom hos patienter med demens. Kompetensen inom psykiatri och samsjuklighet har ökat. Palliativ vård har standardiserats och nätverk har skapats för att stärka vården.

Samverkan är viktigt för att förebygga vårdskador. Under 2024 infördes nya rutiner för samverkan med och för individen samt för verksamhetsfrågor. Det nya arbetssättet genom samordning förväntas leda till förbättrad dialog och högre kvalitet. Extern samverkan har stärkts med regional primärvård och slutenvård, både genom rutiner, ny öppenvårdsprocess och Närområdessamverkan (Nosam). Göteborgs stad deltar aktivt i framtagandet av länsgemensamma riktlinjer och rutiner, samt i utformningen av ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal i Västra Götalandsregionen. Dessa syftar till att säkerställa en smidig och säker övergång för patienter mellan olika vårdgivare och att förbättra kvaliteten genom bättre samarbete och tydligare ansvarsfördelning.

IVO:s granskning av vård- och omsorgsboende i Göteborgs stad visade på brister inom flera områden. Kompetens och språkförmåga hos vårdpersonal, samt svårigheter för sjuksköterskor att arbeta patientsäkert främst på kvällar och nätter var några områden. Förbättringsåtgärder pågår med förstärkt introduktion för timvikarier, kompetensutveckling, jämlika scheman, och ett nytt telefonsystem. Brister i läkemedelshantering och palliativ vård är andra områden som påpekades av IVO där digital signering och utbildningar är några av åtgärderna. En ny kvalitetsorganisation införs för att stärka kvalitetsarbetet och öka medarbetarnas delaktighet.

2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH AKTIVITETER FÖR 2024

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete inom alla förvaltningar och på alla nivåer.

Utmaning

Omställningen till Nära vård fokuserar på personcentrerad vård där individens egna resurser är i fokus och arbetssätten är proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande. För att kunna genomföra omställningen krävs arbetssätt med digitala vårdformer och digital teknik i högre utsträckning. Välfärdsteknik kan bidra till ökad livskvalitet för äldre och personer med funktionsnedsättning och ska utgå från kriterierna God vård och omsorg. En viktig utmaning de kommande åren är digitaliseringsutvecklingen för en mer patientsäker hälso- och sjukvård och en minskad administration.

Mål

I samverkan tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samarbetet gällande patientsäkerhet mellan de tre förvaltningarna. Patientsäkerhetsarbetet ska vara väl förankrat i alla berörda verksamheter. Utredningen om att tydliggöra ansvarsfördelning mellan nämnderna är utgångspunkt. Även omställningen till god och nära vård är en grund tillsammans med det lokala arbetet utifrån ”Nationell handlingsplan för patientsäkerhet”.

- Styra in strategiska och operativa patientsäkerhetsfrågor i befintliga samverkansformer mellan de tre förvaltningarna. Säkerställa samverkansformer för samarbete gällande patientsäkerhet inom respektive förvaltning. I samverkan ta fram gemensamma målsättningar och aktiviteter för att stärka patientsäkerheten inom berörda verksamheter.
- Förtydliga ansvarsfördelning rörande patientsäkerhet utifrån respektive nämnd.

Mål

Gemensamt arbeta för att realisera omställningen till god och nära vård. Arbetet ska utgå från målbild och handlingsplan som tas fram av Göteborgs stads arbetsgrupp för att samordna och driva arbetet med omställning till nära vård.

Utgångspunkt för aktiviteterna nedan är målområden i ”Göteborgs stads plan för omställning till nära vård och omsorg 2022–2024”:

Målområde 1: Samverkan

Målområde 3: Gemensamma arbets- och förhållningssätt

- Följa genomförandet av verksamhetsmöten enligt ”Rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor”.
- Strukturera uppföljning av följsamheten till ”Rutin för samverkan med och för individen”.

- Införa telefonväxelsystem för inkommande samtal till den kommunala hälso- och sjukvården
- Fortsätta utveckla och implementera Närområdessamverkan (Nosam).
- Med syfte att få förbättrat arbetssätt kring vårdsamverkan, ta fram förslag på samarbetsorganisation för att säkra vårdövergångar mellan slutenvården och kommunal primärvård.

Målområde 2: Kunskapshöjning

- Utifrån den kommande läns-gemensamma ”Riktlinje för egenvård” ska verksamheterna implementera riktlinjen och tillhörande regionala rutiner samt öka kunskap om egenvård. Vid behov av lokala rutiner kring egenvård ska verksamheterna samverka för att möjliggöra gemensamma styrande dokument.
- Kompetenshöjande insatser gällande palliativ vård utifrån respektive verksamhets behov.
- Kompetenshöjande insatser gällande psykisk vård utifrån respektive verksamhets behov.

Målområde 4: Utveckling av välfärdstjänster

- Arbeta för att framöver kunna införa digital signering med påminnelsefunktion
- Arbeta för att framöver kunna införa säker digital kommunikation mellan hälso- och sjukvårdsenheter och vård- och omsorgsenheter.

Målområde 5 – Kvalitetssäkring

- Förbättra arbetet med intern och extern avvikelshantering. Utgår från den gemensamma arbetsgruppen för avvikelseprocessen.
- Arbeta för att framöver kunna införa digitala läkemedelsskåp med spårbart tillträde

3. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

3.1 Patientsäkerhetsorganisation och ansvar

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. En grundläggande förutsättning för säker vård är en engagerad och kompetent ledning som tydligt styr hälso- och sjukvården. I grunden är det kommunfullmäktige som är huvudman och vårdgivare. Fullmäktige har genom reglementen utsett nämnderna att vara vårdgivare i fullmäktiges ställe. Ansvarig nämnd ska inom sitt område bedriva den hälso- och sjukvård som åligger kommunen. I ansvaret ingår att säkra organisering, planering och samordning av verksamheten för att täcka befolkningens behov. I ansvaret ingår även att säkerställa kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvård samt regelbundet följa upp och utveckla kvaliteten.

För att garantera patientsäkerheten enligt PSL 2010:659 är det nödvändigt med en ansvarsfördelning. I enlighet med PSL och SOSFS 2011:9 har de tre nämnderna fastställt det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet. Se bilaga 1.

Under 2024 har en förvaltningsgemensam arbetsgrupp lämnat förslag på ansvarsfördelningen mellan nämnderna inom ramen för samverkan där även ekonomin regleras. Förvaltningarna arbetar nu på att ta fram överenskommelsen.

3.2 Kontinuitet

Verksamheterna har kontinuitetsplan med information om vad som ska göras vid kritisk störning så att verksamheten kan fortsätta med viktiga arbetsuppgifter. Förvaltningarnas olika kontinuitetsplaner behöver samordnas med hälso- och sjukvården för att säkerställa omhändertagandet.

Hälso- och sjukvårdens arbete med att minska inhyrd personal till förmån för fler tillsvidareanställda sjuksköterskor har gett goda resultat. Andelen inhyrda sjuksköterskor har minskat med cirka 75 procent det senaste året. I april 2023 hade hälso- och sjukvården 75 vakanta sjukskötersketjänster. I september 2024 finns det endast vakanta tjänster i samband med nyrekrytering. Att minska mängden inhyrd personal förbättrar patientsäkerheten och kontinuiteten.

3.3 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär åtgärder för att minska risken att information förvanskas, förstörs, är otillgänglig eller är tillgänglig för obehörig. Det innefattar hantering av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen. En annan del är arbete enligt NIS-direktivet (direktiv (EU) 2016/1148), som är ett direktiv med krav på informationssäkerhet i offentliga IT-stöd. Direktivet ställer särskilda krav

på arbetet med informationssäkerhet inom hälso- och sjukvård. Det finns styrande dokument för hantering och stöd, samt särskilda rutiner kring identifiering och rapportering av NIS-incident. Under året har inga NIS-incidenter gällande hälso- och sjukvård identifierats. Den årliga risk- och sårbarhetsanalysen utifrån Ledningssystem för informationssäkerhet har följts upp under hösten.

Omställningen till ett mer digitalt arbetssätt kräver kontinuerlig utveckling av arbetssätt och system. Den ställer även krav på tillgång till utrustning och uppkoppling i våra olika verksamheter.

Det pågår en förstudie gällande möjligheterna att införa ett IT-stöd för att säkerställa information och signering av överlämnade delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I dag sker informationsöverföring i flera steg med utskrivna papper, som förvaras i en pärm i patientens hem. Risk finns att obehöriga kan ta del av sekretesskyddad information samt att information och dokumentation förloras om papper försvinner eller förstörs. I förstudien finns representanter från samtliga tre förvaltningar. Se även 4.4.2

Under året har förberedelser för att införa digitala vårdmöten skett. Införandet har försenats på grund av förändringar inom företaget Inera som har slutat erbjuda tjänsten.

Det är ett fortlöpande arbete att se till att patientinformation som hanteras uppfyller kraven på informationssäkerhet. Det sker exempelvis genom behörighetsstyrning av olika IT-stöd samt genom systematisk loggranskning av åtkomst till patientjournal. Syftet med loggranskning är att medarbetare inte tar del av patientuppgifter de inte har rätt till. Under 2024 har det förekommit fåtal mindre avvikelser. De berörda medarbetarna har haft samtal med sin chef och kunskapshöjande insatser har skett.

En del i informationssäkerheten är att legitimerade medarbetare har information om patienten tillgänglig i den stund det behövs. Det pågår arbete med att ta fram en säker mobilapp för att kunna nå patientinformation och tidsbokning i journalsystemet. Under 2023/2024 testades och vidareutvecklats appen som planeras att införas 2025. Det har planerats för en förändring i patientjournalsystemets sekretessområden som ska ske januari 2025.

Legitimerade medarbetare har behov av att kunna läsa information som finns i den Nationella patientöversikten (NPÖ), exempelvis när patienter byter vårdform från sjukhus till korttidsenhet. Idag sker inloggning i NPÖ via vårdplaneringssystemet. Under året har ett projekt startats för att möjliggöra direktinloggning i NPÖ.

3.4 Patienter och närstående som medskapare

Alla förvaltningarna har regelbundna möten med företrädare för patienter. Då tas ämnen upp inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det ger möjlighet för patienter och närstående att vara delaktiga i förvaltningarnas arbete.

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka, om det är lämpligt och bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. En

målsättning inom omställningen Nära vård är att patienterna ska vara delaktiga och att vården ska vara personcentrerad. 2023 togs det fram en rutin för samverkan med och för individen och med införande 2024. Rutinen beskriver hur arbetet med personcentrering ska gå till, både i intern och extern samverkan. Uppföljning visar att verksamheterna har kommit olika långt. Det är lättare att genomföra möten med patienter på vård- och omsorgsboenden jämfört med ordinärt boende. Olika aktiviteter har utförts för att stärka samverkan och fler aktiviteter planeras under 2025.

Resultatet från Göteborgsregionens (GR) enkätundersökning av personcentrerad vård presenterades våren 2024 där 309 patienter eller deras närstående har svarat. Av patienterna svarade 85 procent att de sammanlagt är mycket eller ganska nöjda med den kommunala hälso- och sjukvården. Enkäten visar en upplevd personcentrering på 39,7 av 48 möjliga poäng (genomsnittet i GR är 40 poäng). Det är en viss förbättring mot föregående års resultat på 39,0 poäng. Enkäten behandlar olika påståenden gällande bland annat bemötande, förtroende och upplevelse av förståelse för patientens situation. Validering av enkäten visar att det finns samband mellan grad av personcentrering samt hur nöjd patienten är generellt.

4. SYSTEMATISKT PATIENTSÄKERHETSARBETE

4.1 Egenkontroll

I alla förvaltningar genomförs årligen egenkontroller för ökad patientsäkerhet. Egenkontroller genomförs som granskningar, utredningar och uppföljning av framtagna handlingsplaner. Resultaten är grund för fortsatt förbättringsarbete. Exempel på egenkontroller är loggranskning, journalgranskning, basala hygienrutiner och läkemedelshantering. För resultat se under respektive rubrik.

4.2 Avvikelser och vårdskador

Rapportering och hantering av avvikelser

Samtliga medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till en hög patientsäkerhet. Det inkluderar att rapportera händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Risk för avvikelse rapporteras sällan, det är händelser som inträffat som mest rapporteras. Bland legitimerade medarbetare ses en låg rapportering, men några enheter har en viss ökning. Medarbetare och enhetschefer upplever att IT-systemet är svårhanterligt. Det riskerar att färre avvikelser rapporteras samt att avvikelserna hanteras fel.

Regelbunden sammanställning och analys utförs på olika organisatoriska nivåer. En utveckling av struktur för hur analyserna ska ske och sammanställas behövs för att det ska ske bli en systematik i omhändertagandet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har deltagit i vissa ledningsgrupper för dialog om analys av avvikelser. Enhetschefer ska kontakta MAS/MAR för att de ska kunna bedöma om en fördjupad utredning behövs. Det har framkommit att enhetschefer ibland brister i att ta kontakt med MAS/MAR även om händelsen antas vara allvarlig. MAS/MAR erbjuder utbildning i enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar där bland annat hantering av avvikelser ingår.

Interna avvikelser

Likt förra året handlar majoriteten av avvikelser om läkemedelshantering. Den vanligaste händelsen är att läkemedel inte har givits, andra vanliga är utebliven signering, förväxling, läkemedel saknas och läkemedel har getts på felaktigt sätt. Avvikelser kring dosettdelning har ökat och bedömningen är att dessa har uppmärksammats då fler farmaceuter är delaktiga i läkemedelshantering. Orsaken till läkemedelsavvikelser beror oftast på bristande kommunikation och informationsöverföring, otydliga ordinationskort, otydliga signeringslistor, bristande följsamhet till rutiner eller glömska. Faktorer som bidrar är när läkemedel ska ges i samband med måltider på boenden, vid morgon- och kväll när majoriteteten av omvårdnaden sker samt vid skiftbyten. En del avvikelser handlar om svinn av narkotiska preparat. Åtgärder kopplat till läkemedelssvinn har särskilt omhändertagits, se 4.4.3.

Ett annat område med många avvikelser är bristande följsamhet till att utföra och signera ordinerade åtgärder enligt vårdplan, exempelvis rehabiliterande träning. Vanliga orsaker är bristande kommunikation, bristande planering, bristande samverkan, bristande kunskap samt bristande följsamhet till rutiner och riktlinjer.

Det har rapporterats avvikelser gällande brister i kommunikation på grund av språksvårigheter. Andra avvikelser handlar om informationsöverföring, samverkan och tillgänglighet.

Vårdskador och lex Maria

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS och MAR har ansvar att utreda allvarliga händelser och bedöma om lex Maria ska anmälas till IVO. Utredningar syftar till att hitta bakomliggande orsaker och ta lärdom av dessa. I samverkan med MAS och MAR tar involverade verksamheter fram åtgärdsplan utifrån utredningen. Utredning kan även leda till revidering av rutiner och riktlinjer.

Det har anmälts fyra lex Maria under perioden. En anmälan visade på brister i planering, genomförande och uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder vid en vårdövergång från sjukhus till vård- och omsorgsboende. Händelsen har lett till åtgärder inom samverkan, informationsöverföring, dokumentation, bedömning av hälsotillstånd och planering av åtgärder. Två anmällda händelser handlade om läkemedelshantering hos patienter i ordinärt boende. Orsaken var bristande följsamheten till rutiner och riktlinjer. Den fjärde anmälan handlade om en rollator som inte återtogs efter avslutat behov. Patienten använde rollatorn och ådrog sig en fraktur efter fall. Händelsen har lett till åtgärder inom hjälpmedelsförskrivning, dokumentation, informationsöverföring samt handledning av studenter.

Totalt har tolv fördjupade utredningar utförts inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Dessa har inte lett till anmälningar men åtgärder har tagits fram. Inom de andra två förvaltningarna har inga fördjupade utredningar utförts.

Externa avvikelser

Avvikelserapportering mellan kommun och region är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet för att öka patientsäkerheten. Statistiken visar att kommunen rapporterar majoriteten av avvikelserna. Avvikelserna rör främst brister i samverkan vid in- och utskrivningsprocessen, bristfällig information vid vårdövergångar, felaktiga eller inaktuella ordinationer samt tillgänglighet till vårdcentralsläkare. Inom Förvaltningen för funktionsstöd förekommer ofta brister i samverkan på grund av att flera specialistmottagningar är involverade i vården, exempelvis öppenvård psykiatri, BUP och lungmedicin.

I dagsläget saknas en samlad bild av externa avvikelser inom staden och det systematiska omhändertagandet behöver utvecklas.

4.3 Klagomål och synpunkter

I flera olika verksamheter konstateras att det registreras få synpunkter (klagomål eller beröm), undantaget är korttidsverksamheten inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen som registrerat 19 synpunkter.

Inom hälso- och sjukvården handlar beröm från patienter eller närstående ofta om ett gott bemötande, hög kompetens och fint stöd till patienterna. Klagomål handlar främst om upplevelse av bristande information eller besvikelse kopplat till vilken förväntning patienten och/eller närstående har haft. Det finns även klagomål gällande bristande bemötande, uteblivna besök eller fördröjd vård samt brister i samband med vårdövergångar.

Beröm som inkommer till hälso- och sjukvården från andra verksamheter handlar till stor del om väl genomförda utbildningar och föreläsningar, samt gott samarbete mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral. Inkomna klagomål handlar om brister i samband med vårdövergångar eller brister vid uppföljning.

På grund av det låga antalet registrerade synpunkter går det inte att se trender eller göra generella analyser. Åtgärder har vidtagits för att hantera klagomål och förbättra kvaliteten på vården. Det går att konstatera att identifiering, hantering och dokumentation av synpunkter behöver förbättras. En åtgärd för det är förenklad hantering i det nya diariesystemet som införs under hösten 2024.

4.4 Hälso- och sjukvård inom:

4.4.1 Vårdprevention

Vårdprevention innebär att skador i vård och omsorg undviks. Att förebygga fall, undernäring, trycksår samt arbeta för god munhälsa är viktiga områden. Det förebyggande arbetssättet ska integreras med övrig vård och omsorg som en del i patientens planering. Teamets samverkan och samlade kompetens är avgörande för framgång. Riskbedömningar ska utföras vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. En ny riktlinje om vårdprevention beräknas vara klar i slutet av 2024.

Senior alert är ett kvalitetsregister för att stödja det vårdpreventiva arbetet. Användningen av kvalitetsregistret sker av medarbetare inom vård- och omsorgsboende, men omfattningen varierar mellan enheterna. Riskbedömningar genomförs av legitimerade medarbetare och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournal. För att undvika dubbelarbete registreras dessa inte i Senior Alert.

Följsamhet till basala hygienrutiner är avgörande för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning. Mätningar visar att ingen verksamhet når målet på 100 procent följsamhet, även om den kommunala hälso- och sjukvården generellt har hög följsamhet. De flesta följer grundläggande rutiner som användning av arbetskläder och kortärmat, men det finns brister i handdesinfektion, handskar och rengöring av utrustning. För att förbättra följsamheten ytterligare behövs tydligare instruktioner och utbildning, särskilt för nyanställda och timvikarier. Projekt Hygien avslutades under året, och hygienarbetet fortsätter med huvudsamordnare och samordnare i varje förvaltning.

4.4.2 Överlämnande av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Legitimerade medarbetare har möjlighet att överlåta utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder till andra medarbetare, exempelvis att ge vätska eller utföra rehabiliterande träning. Det kan ske med eller utan delegering eller som egenvård. Uppföljningar av signeringslistor visar att åtgärder inte signeras. Det framgår inte om åtgärden inte är utförd eller om signering glömts bort. Vidtagna åtgärder för att minska risk för uteblivna vårdåtgärder har bland annat varit att arbeta med utökade delegeringar utanför ordinarie arbetsområde. Ett nytt arbetssätt har införts där legitimerade medarbetare följer upp nya delegeringar efter 3 månader. För att öka följsamheten till att utföra och signera ordinerade åtgärder finns behov av digital signering. En påminnelsefunktion samt möjlighet att följa upp missade signeringar i realtid minskar risken att patienten inte får hälso- och sjukvårdsåtgärder utförda. Förstudien av digital signering beräknas att vara klar i februari 2025.

Granskningar under 2022 och 2023 gällande följsamhet till ordination överlämnad av arbetsterapeut eller fysioterapeut ledde till att en handlingsplan togs fram. Uppföljning visar att flera åtgärder är genomförda eller pågående. Exempelvis ingår utbildning i att överlämna en hälso- och sjukvård i stadens introduktion för nyanställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Verksamheterna har även arbetat med det rehabiliterande ledarskapet bland annat genom föreläsning och workshop.

Under året har två länsgemensamma styrande dokument om egenvård börjat gälla: ”Riktlinje för egenvård” samt ”Rutin för hälso- och sjukvårdsåtgärder som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn och unga på korttidsvistelse LSS”. Den kommunala hälso- och sjukvården har inte hälso- och sjukvårdsansvar för barn och unga på korttidsvistelse enligt LSS. I framtagandet av länsgemensam riktlinje och rutin har stödmaterial för införande tagits fram. Göteborgs stad arbetar även med att ta fram utbildningsfilm för socialsekreterare, legitimerade medarbetare, chefer för utförare samt rektorer. Under 2025 ska verksamheterna utbilda medarbetare samt säkra följsamheten.

4.4.3 Säker läkemedelshantering

Egenkontroll av läkemedelshantering sker genom sjuksköterskors kontroll av patientens läkemedelsskåp en gång/månad. Då kontrolleras att aktuella läkemedel och listor finns, såsom signeringslistor och läkemedelslistor. Egenkontroll sker även genom sammanställning av inrapporterade avvikelser. Många läkemedelsskåp saknar möjlighet till spårbar åtkomst. Det pågår ett arbete med att införa läkemedelsskåp med spårbarhet i alla förvaltningar.

Under 2024 infördes digital utbildning inför läkemedelsdelegering. Utbildningen har höjt kunskapsnivån och ökat förståelsen kring hantering av läkemedel. Beroende på förkunskaper kan utbildningen behöva genomföras flera gånger. Utbildningen fungerar även som en kompetenshöjande åtgärd för medarbetare som har delegering men uppvisar kompetensbrister. Under hösten har en arbetsgrupp sett över utbildningen och den kommer uppdateras.

För att minska avvikelser runt läkemedelshantering finns behov av digital signering och en förstudie pågår.

En pilot gällande läkemedelsautomater har skett och arbete med att bredda införa automaterna pågår inom äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen.

Egenkontroll av delegering har genomförts för att identifiera förbättringsområde i syfte att stärka patientsäkerheten. Arbetet med att sammanställa resultatet pågår.

Farmaceuter finns på alla korttidsenheter samt inom ordinärt boende. Deras särskilda kompetens har inneburit en stor patientnytta och ökad patientsäkerhet, bland annat genom medverkan vid läkemedelsavstämningar och årskontroller.

Efter att flera stölder av narkotikaklassade läkemedel upptäcktes har det genomförts en kartläggning. En åtgärd är läkemedelsskåp med spårbarhet. En annan är att minska antalet kommunal akut läkemedelsförråd (KAF) samt att ha spårbara lås och kameraövervakning i befintliga KAF. Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel i KAF görs nu av farmaceuter var 14:e dag. Kartläggningen visade även brister i följsamhet till rutiner och ett kommunikationsmaterial finns framtaget.

4.4.4 Demensvård

En arbetsgrupp har uppdrag att ta fram ett förslag på hållbart likvärdigt arbetssätt inom kompetensområde demens och kognitiv svikt. Syftet är att stärka kompetens och skapa likvärdigt arbetssätt kring demensfrågor samt att säkerställa ett likvärdigt stöd för de som har behov av det. Stöd till anhöriga är en annan viktig del i uppdraget.

Medarbetare har utbildats och arbetssätt kring beteendemässig och psykiska symtom vid demens (BPSD) har stärkts. Arbetssättet innebär att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska symtomen på BPSD och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för patienter med kognitiv sjukdom. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som gör det möjligt att registrera bedömningar och åtgärder samt att analysera resultat och använda dem i förbättringsarbetet. Ett antal kvalitetsindikatorer går att följa i registret. Användningen av validerade smärtskattningsskalor är lågt och behöver öka. Positivt är att indikatorn för BPSD visar att symtomen har minskat under 2024 jämfört med 2023. Ett annat positivt resultat är att antalet registreringar där ett multiprofessionellt team har deltagit, har ökat under de senaste åren.

4.4.5 Psykisk ohälsa

Andelen patienter med måttlig och svår psykiatrisk diagnos ökar och fler patienter skrivs in i med mer allvarlig psykiatrisk sjukdom. Dessa sjukdomar kan medföra svårigheter för patienten och det är inte ovanligt att patienter med psykiatrisk sjukdom även har skadligt bruk och beroende, det vill säga samsjuklighet. Flertalet patienter med psykiatriska sjukdomar behandlas av specialistvård genom öppenvård psykiatri. Målgruppens behov ställer krav på kompetens med specialistkompetens för legitimerade medarbetare. Socialstyrelsen har även ett uppdrag att stärka vårdcentralerna för att kunna ge en god vård till patienter med psykisk ohälsa.

Under 2023 identifierades behov av att stärka den psykiatriska kompetensen. Utbildningar har genomförts av Förvaltningen för funktionsstöd kring psykisk hälsa. Socialförvaltningen Sydväst har genomfört en vidareutbildning inom psykiatri och under 2025 planeras utbildning och metodstöd i lågaffektivt bemötande anpassat för målgruppen. Under 2024 organiserades Socialförvaltningen Sydväst hälso- och sjukvårdsverksamhet med Förvaltningen för funktionsstöd vilket har medfört en förbättring kring kunskap och förståelse om samsjuklighet. Det är ett fortsatt förbättringsområde att stärka legitimerade medarbetares kunskaper om patienter med psykiatrisk sjukdom och samsjuklighet. Verksamheterna behöver kontaktvägar till samarbetspartners inom psykiatrin och ett gemensamt arbetssätt för patienter med måttliga till svåra psykiatriska sjukdomar.

4.4.6 Palliativ vård

Alla patienter, oavsett boendeform, får tillgång till palliativ vård på primärvårdsnivå. Fördjupnings- och expertuppdrag för palliativ vård har standardiserats för legitimerade medarbetare. Inom hälso- och sjukvården finns ett nätverk för medarbetare med fördjupat uppdrag i palliativ vård. Det syftar till att stärka och förbättra den palliativa vården. Inom förvaltningen pågår arbete med att stärka kompetensen kring palliativ vård för alla medarbetare, exempel genom workshop och utbildningar. Arbetsterapeut och fysioterapeut med expertuppdrag inom palliativ vård har under året arbetat med att kartlägga den palliativa vård som bedrivs av dessa yrkesgrupper. Syftet är att ta fram förbättringsförslag för att patienter med palliativa vårdbehov ska erbjudas en jämlik teambaserad palliativ vård.

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård och för vård i livets slutskede. Registret används sedan flera år tillbaka i Göteborg. Utifrån den data som registreras tas statistik fram och analyseras. Datan ligger till grund för att identifiera förbättringsområden. Målet är att bedriva en god palliativ vård och att uppnå Socialstyrelsens målvärden. Identifierade förbättringsområden rör områdena smärtskattning och munhälsobedömning samt palliativ vårdplan.

I ett stadsområde har den regionala specialistsjukvården infört team för hemsjukvård av palliativa personer, se 6.2.

Rutin för transport av avlidna har reviderats under året och är nu införd i alla tre förvaltningar. Det finns fortsatt problematik med att följa rutinen och samverka med involverade företag. Det pågår förbättringsarbete för att åtgärda problemen.

4.4.7 Dokumentation

Det främsta syftet med patientjournal är att bidra till en god och säker vård för patienten. För att förbättra journaldokumentationen har under de senaste åren dokumentationsgrupper och medarbetare med fördjupade uppdrag inom dokumentation tillsatts. Egenkontroll genom journalgranskning är ett verktyg för att kvalitetsgranska dokumentationen och hitta förbättringsområden. Under 2023 genomfördes en gemensam granskning och under 2024 var journalgranskning en frivillig egenkontroll. Det finns flera goda initiativ i verksamheterna och

journalgranskningar har genomförts i varierande omfattning och med olika metoder. Granskningarna visar att det finns skillnader i kvalitet och även inom stadsområden och enskilda enheter. Dokumentationen av patientens delaktighet i vården har förbättrats på några enheter, men brister fortfarande på andra enheter. Positivt är att aktuella och tydligt dokumenterade hälsotillstånd finns. Befintliga vårdplaner är tydligt beskrivna med planerade åtgärder. Exempel på förbättringsområden är att användningen av bedömningsinstrument, mätvärden och uppföljningsbara mål behöver öka.

4.4.8 Medicintekniska produkter

Vårdgivaren ska kunna spåra den medicintekniska utrustning som vårdgivaren äger. Under året har ett nytt IT-stöd för registrering av medicintekniska produkter införts. IT-stödet fungerar inte optimalt och förbättringsåtgärder pågår.

Som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har hälso- och sjukvården genomfört funktionskontroller av egna medicintekniska produkter, exempelvis blodtrycksmätare, diskdesinfektorer och TENS. Några produkter blev underkända och kasserades, varav nya produkter köptes in. Enstaka mindre brister har identifierats och åtgärdats och det framkom också att alla produkter inte var registrerade.

En utredning har genomförts av portabla takliftar som använts på tre vård- och omsorgsboenden. Utredningen identifierade patientsäkerhetsrisker som exempelvis hög grad av slitage på delar av motorerna, svårigheter att nå fästanordning och svårigheter att sköta rengöring. Riskerna åtgärdades genom att installation av nya lyftmotorer och takskenor.

MAS/MAR ansvarar för att anmäla händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket. Syftet är att säkra att tillverkaren utreder att eventuella fel på produkten åtgärdas för att förhindra eventuell vårdskada. MAR har under 2024 anmält tre händelser gällande rollatorer. Ingen av händelserna har lett till vårdskada.

Utbyte av standardmadrasser på vård- och omsorgsboenden pågår i syfte att förebygga trycksår och få bättre komfort. Patienter upplever en bättre sömn med de nya madrasserna. Framöver ska madrasser kontrolleras årligen vilket ingår i årshjulet för medicintekniska produkter.

4.5 Riskhantering

Medarbetare utför dagligen riskbedömningar gällande patienter som ett steg vid beslut och utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Exempel inför delegering av läkemedel, sårvård, träning eller vid förskrivning och användning av hjälpmedel.

Förvaltningarna ska arbeta förebyggande och vid verksamhetsförändringar genomföra riskanalyser av patientsäkerhet. Riskanalyser bidrar till lärande, säkerhetskultur och resultatet leder till en handlingsplan.

Under 2023 påbörjades arbetet med att sjuksköterskor utgår från samma

arbetsplats. Syftet är att stärka samarbetet, kollegialt lärande och ge mer tid för sjuksköterskans basuppdrag. Det möjliggör en gemensam bemanningsplanering och minskar behovet av inhyrd personal. Under 2024 har riskanalyser och uppföljningar utförts i flera stadsområden och de flesta risker åtgärdas med god följsamhet till riktlinjer och rutiner. Arbetet med samlokalisering fortsätter.

5. GRANSKNINGAR OCH TILLSYNER

5.1 Interna

Kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)

KAF granskas årligen av MAS. Resultaten visar generellt god följsamhet till rutiner. För förråden finns det utsedda läkemedelsansvariga samt ansvariga för narkotikakontroll. För flera av förråden har farmaceut utsetts till ansvarig, vilket har ökat följsamheten till rutiner. Alla KAF inte hunnit granskas inom gällande rapporteringsår. Se även 4.4.3

Barnboenden inom Förvaltningen för funktionsstöd

En granskning av barnboenden visade flera brister i kvalitetsarbetet. Verksamheten har låg kunskap om stadens riktlinjer och behöver bättre systematik för avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller. Det saknas tydlig ansvarsfördelning mellan kommun och region inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för personer under 18 år, vilket behöver förbättras för att stödja barnperspektivet. Brister i informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skapar risker för patientsäkerheten. Kommunikation sker främst via hälso- och sjukvårdspärm, som behöver integreras bättre i arbetet för att säkerställa en sammanhållen vårdprocess. För att förbättra kvalitetsarbetet planeras för flera åtgärder, bland annat tydligare rutiner för hantering av nyckelskåp, kontroll av läkemedel, införande av hjälpmedelsombud och kunskapshöjande insatser kring egenvård.

5.2 Externa

IVO genomförde en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling på vård- och omsorgsboenden kopplat till pandemin. Göteborgs stad var en av de kommuner som granskades. Under vintern 2023/2024 utfördes oanmälda tillsyner och intervjuer med enhetschefer, sjuksköterskor, MAS och ledningen. IVO:s beslut kom i september och staden ska svara vid två tillfällen. Det första svaret skickades in efter nämndmöte 2024-10-22 och det andra svaret skickas in senast 2024-01-31.

IVO fann brister i omsorgsmedarbetarnas kompetens och språkförmåga. Arbeta med kompetensutveckling och att stärka kunskaper i svenska pågår. Förstärkt introduktion för timvikarier, utbildning i yrkessvenska och språkombud är några aktiviteter som pågår.

IVO kritiserade att sjuksköterskorna ibland saknar förutsättningar att arbeta patientsäkert, brister i tillgänglighet samt varierande stöd från läkare. Exempel på åtgärder är översyn av patientansvar, nytt telefonisystem. Göteborgs stad samverkar med regionen på olika nivåer för likvärdigt och patientsäkert läkaransvar, bland annat genom Närområdesplan, se 6.2.

IVO påpekade även brister i läkemedelshanteringen. Förvaltningarna arbetar för att införa digital signering med påminnelsefunktion och digital utbildning för

läkemedelsdelegering har införts. Farmaceuternas uppdrag har utökats med bland annat läkemedelsgenomgångar i olika verksamheter.

IVO bedömde brister i kompetens gällande vak och palliativa läkemedel relaterat till vård i livets slutskede. Alla vård- och omsorgsboenden har genomfört utbildning i palliativ omvårdnad. I vårdsamverkan har en rutin gällande palliativa trygghetsordinationer tagits fram, vilket innebär att palliativa trygghetsordinationer ordinerar efter läkaren haft brytpunktssamtal.

IVO bedömde brister i användning av rapporteringsstödet SBAR och informationsöverföring mellan medarbetare. En förstudie om digital signering pågår och en kartläggning av användandet av SBAR har genomförts.

IVO framförde kritik gällande att MAS har en oklar roll och arbetar långt ifrån verksamheten och ledningen. Ett arbete har påbörjats mellan verksamhetschefer, MAS och MAR för att stärka samarbetet samt tydliggöra roller och förväntningar.

Slutligen kritiserade IVO ledningens styrning och uppföljning samt brister i delaktighet att ta fram åtgärder. En ny kvalitetsorganisation införs för att stärka kvalitetsarbetet och säkerställa medarbetarnas delaktighet. Detta arbete syftar till att skapa en mer strukturerad och systematisk uppföljning av arbetssätten.

6. SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

6.1 Intern

Många patienter får stöd från flera verksamhetsområden, vilket kräver god samverkan för att säkerställa effektiv och säker vård. Under 2024 infördes nya rutiner för samverkan med och för individen samt för verksamhetsfrågor. Dessa rutiner syftar till att skapa delaktighet och inflytande för patienten samt att samordna resurser och skapa förutsättningar till att förbättra kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet. Uppföljning visar att enheterna har kommit olika långt i införandet, men där samverkan tidigare fungerat bra har de nya arbetssätten införts väl. Verksamheterna fortsätter arbeta med att stärka samverkan.

Under året har verksamhetschefer enligt Hälso- och sjukvårdslagen träffats regelbundet tillsammans MAR och MAS för de tre förvaltningarna. Syftet är att ta fram mål och aktiviteter för att stärka patientsäkerheten och samverkan.

För en ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården pågår två pilotprojekt kring nytt telefonsystem. Utsedda legitimerade medarbetare svarar i telefon för att ge råd och stöd till patienter och medarbetare. Syftet är att en likvärdig hantering och ge legitimerade medarbetare bättre förutsättningar i det patientnära arbetet.

Utvärdering kommer ske i början av 2025.

Under året har en ny struktur för kvalitetsorganisation inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen beslutats med syfte att stärka och systematisera kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet kommer inifrån verksamheten och utgår från patienternas behov och ska öka medarbetarnas delaktighet.

6.2 Extern

Samverkansrutin kring den palliativa vården

Ansvarsfördelning kring den palliativa vården har ytterligare tydliggjorts mellan kommun och region. Den kommunala hälso- och sjukvården har tillsammans med regionens palliativa specialistvård tagit fram en rutin kring arbetssätt och ansvar. Det pågår en uppföljning av rutinen.

NOSAM – närområdessamverkan

I Närområdessamverkan (Nosam) samverkar regelbundet regional primärvård med kommunal primärvård, socialtjänst och skola inom varje stadsområde. Uppdraget i Nosam har reviderats och i mars startades en ny organisering där varje Nosam fick en processledare. Processledarna ska bland annat samordna Nosam-möten och utföra årsrapportering. Processledarnas uppdrag skulle utvärderas efter 2 år men samverkanskontoret har tagit beslut att uppdraget ska upphöra december 2024.

Vårdsamverkan i Göteborgsområdet

Det är viktigt att planera för att möta välfärdsutmaningen med en åldrande

befolkning och färre yngre i arbetsför ålder. Omställningen till nära vård medför att vården i större utsträckning bedrivs i patientens hem. Begreppet utskrivningsklar har ersatt medicinskt färdigbehandlad. Utskrivningsklar innebär fortsatta vårdbehov i hemmet på primärvårdsnivå där hela teamet runt patienten behöver ta en aktiv roll. Detta kräver att patienten involveras i sin egen vård och att samverkan mellan olika vårdgivare sker. För att möta behoven hos de mest sköra äldre och patienter med stora omvårdnadsbehov önskar verksamheten att en till två vårdcentral per stadsområde får patientansvar. Dialog förs med regionen på olika nivåer.

I varje stadsområde tecknas årligen avtal om läkarsamverkan vilket dokumenteras i en närområdesplan (Nop). Variationer i Nop leder till ojämna läkartillgångar för patienterna. En översyn av arbetssätt med Nop pågår i syfte att stärka teamarbetet runt patienten.

Förvaltningarna medverkar i vårdssamverkan med regionen på flera sätt. Bland annat vid framtagandet av länsgemensamma eller delregionala riktlinjer och rutiner. Staden deltar även i framtagandet av ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal i Västra Götaland. Det pågår även en översyn av primärvårdsansvaret

7. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH AKTIVITETER FÖR KOMMANDE ÅR

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete inom alla förvaltningar och på alla nivåer.

Omställningen till Nära vård fokuserar på personcentrerad vård där individens egna resurser är i fokus och arbetssätten är proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande. För att kunna genomföra omställningen krävs arbetssätt med digitala vårdformer och digital teknik i högre utsträckning. Välfärdsteknik kan bidra till ökad livskvalitet och ska utgå från kriterierna God vård och omsorg. En viktig utmaning de kommande åren är digitaliseringsutvecklingen för en mer patientsäker hälso- och sjukvård och en minskad administration.

Mål

I samverkan tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samarbetet gällande patientsäkerhet mellan de tre förvaltningarna.

Gemensamt arbeta för att realisera omställningen till god och nära vård. Arbetet ska utgå från målbild och handlingsplan som tas fram av Göteborgs stads arbetsgrupp för att samordna och driva arbetet med omställning till nära vård.

Utgångspunkt för aktiviteterna nedan är målområden i ”Göteborgs stads plan för omställning till nära vård och omsorg”:

Målområde 1: Samverkan samt Målområde 3: Gemensamma arbets- och förhållningssätt

1. Säkerställa följsamhet till samverkansrutinerna ”Rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor” samt ”Rutin för samverkan med och för individen”.
2. Utveckla befintliga samverkansformer gällande hälso- och sjukvård inom Förvaltningen för funktionsstöd och Socialförvaltningen Sydväst.
3. Utveckla samverkansformer gällande patientsäkerhet mellan MAS och MAR och verksamhetschefer enligt Hälso- och sjukvårdslagen.
4. Utveckla arbetssätt gällande avvikelser i vårdsamverkan mellan vårdgivare.
5. Hälso- och sjukvårdens vårdplaneringsteam ska utföra likvärdiga bedömningar av vårdbegäran samt säkerställa att vårdövergångar, oavsett boendeform/korttid, är patientsäkra.

Målområde 2: Kunskapshöjning

Utifrån verksamhetens behov utföra kompetenshöjande insatser gällande:

1. palliativ vård

2. psykisk vård samt samsjuklighet
3. egenvård

Målnråde 4: Utveckling av välfärdstjänster

1. Arbeta för att införa digital signering med påminnelsefunktion
2. Arbeta för att införa säker digital kommunikation mellan hälso- och sjukvård, vård- och omsorg samt myndighet inom alla tre förvaltningar.

Målnråde 5 – Kvalitetssäkring

1. Förbättra arbetet med intern och extern avvikelshantering genom att identifiera brister i följsamhet till avvikelseprocessen.
2. Arbeta för att införa digitala läkemedelsskåp med spårbart tillträde