



Göteborgs
Stad

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden
Nämnden för funktionsstöd
Socialnämnden Sydväst

Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs stad

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

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	3
1.1	Sammanfattning	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
2.1	Övergripande mål och strategier	5
2.2	Organisation och ansvar	6
2.2.1	Samverkan för att förebygga vårdskador	6
2.2.2	Informationssäkerhet.....	10
2.3	En god säkerhetskultur	12
2.4	Adekvat kunskap och kompetens	13
2.5	Patienten som medskapare	17
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	18
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	20
3.3	Säker vård här och nu	25
3.3.1	Riskhantering	27
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	28
3.4.1	Avvikelser.....	28
3.4.2	Klagomål och synpunkter	32
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	33
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅREN.....	34
5	Bilagor.....	36
5.1	Bilaga 1: Ansvarsfördelning patientsäkerhet	36
5.2	Bilaga 2: Statistik Svenska palliativregistret	39

1 INLEDNING

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren dokumentera sitt systematiska patientsäkerhetsarbete årligen i en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

I SOSFS 2011:9 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” 7 kap finns bestämmelser och råd gällande patientsäkerhetsberättelsens innehåll och detaljeringsgrad. Berättelsen bör ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Den ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

1.1 Sammanfattning

Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för kommunal hälso- och sjukvård (kommunal primärvård) som utförs inom den egna förvaltningen, inom förvaltningen för funktionsstöd och inom socialförvaltningen Sydväst.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver vilka åtgärder som planerats och genomförts för att säkra verksamhetens kvalitet och öka patientsäkerheten. Den är skriven i ett övergripande perspektiv utifrån insamlad information från respektive avdelning och förvaltning. Vid behov har varje förvaltning även tillfört information utifrån den egna nämndens ansvarsområde.

Under 2023 har fokus varit på målen i patientssäkerhetsberättelsen med omställningen till nära vård där digitalisering, samverkan och kompetensförsörjning är viktiga delar. 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. Valfärdsteknik 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. Exempel på digitaliseringsbehov som behöver samköras mellan de tre förvaltningarna är digital signering med påminnelsefunktion och möjlighet till säker digital kommunikation mellan hälso- och sjukvårdsenheter och vård- och omsorgsenheter. Utifrån att kunna bedriva en säker hälso- och sjukvård behövs även digitala läkemedelsskåp med spårbart tillträde. Det finns även behov av digitala lösningar som enbart kommer användas av legitimerade medarbetare, exempelvis utveckling av journalföringssystemet för minskad administration och underlätta arbete med gemensamma vårdplaner.

Ytterligare mål under 2023 var att stärka samverkan med och kring patienten. En av förutsättningarna för personcentrerad vård är samverkan mellan olika professioner närmast patienten. Förbättringsarbete med att stärka det personcentrerade förhållningsättet fortgår. Samverkan, ledning och styrning har avgörande betydelse för kvaliteten på den vård som bedrivs. Stadengemensamma rutiner för samverkan

är framtagna och ligger till grund för planeringen. Medarbetare och chefer har framfört att samverkan mellan enheter blivit bättre under året, både på individnivå och verksamhetsnivå.

Förvaltningarna arbetar både på strategisk och operativ nivå för att säkra medarbetarnas kompetens. En individuell introduktionsplan tas fram vid nyanställning för att kunna ge legitimerade medarbetare rätt förutsättningar att ge patienter en god och säker kommunal hälso- och sjukvård. Kompetensmodellen är en viktig del för att säkra utvecklingsmöjligheter och karriärvägar med expert och fördjupningsuppdrag inom respektive yrke. Det utgår ifrån framtida behov och omställning till en god och nära vård.

Kompetensförsörjningen säkerställs också genom att renodla uppdrag och hitta nya kompetenser för att lösa hälso- och sjukvårdsuppdraget. Under året har förvaltningens medarbetare kompletterats med både farmaceuter, undersköterskor med specialistkompetens och rehabassistenter. En annan åtgärd i linje med att renodla uppdragen är genomgång och analys av administrativa arbetsuppgifter för att nyttja kompetenserna klokt och ändamålsenligt.

Rekryteringsläget är fortsatt en utmaning, men förändrat arbetssätt tillsammans med förändringar i omvärlden bedöms påverka bemanningssituationen positivt. Verksamheten arbetar med strategier för att minska bemanningssjuksköterskor och öka den egna bemanningen. Ambulerande sjuksköterskor har startats för att minska behovet och ge verksamheten en ökad kontinuitet. Det behövs fortsatt arbete med olika lösningar för en hållbar bemanning och säkra rimliga förväntningar och uppdrag för medarbetare och chefer.

2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

2.1 Övergripande mål och strategier

2023 års övergripande mål och strategier

**Mål: Hälso- och sjukvården ska anpassa verksamheten till omställningen
Nära vård**

Arbete pågår med att ta fram strategier för omställningens olika delområden utifrån de färdplaner som är utarbetade och under utarbetande.

**Mål: Hälso- och sjukvården ska anpassa verksamheten till omställningen
Nära vård genom att stärka digitaliseringen.**

Strategi:

- I syfte att bättre tillmötesgå olika behov och önskemål hos patienten, underlätta samordningen av vården och använda resurserna mer kostnadseffektivt ska hälso- och sjukvårdsavdelningen fortsätta omställningen av kommunal hälso- och sjukvård till Nära vård där teknik och digitala lösningar är en självklarhet i vardagen.

Mål: Hälso- och sjukvården ska stärka samverkan med patienten och mellan de olika professionerna kring patienten.

Strategi:

- Fortsätter att utveckla arbetssätt för samverkan med patient, där patienterna är medskapare i sin vård som utgår från patientens synpunkter, erfarenheter och upplevelser.

Mål: Hälso- och sjukvården ska säkerställa kompetensförsörjningen av legitimerad personal genom att attrahera, behålla, utveckla och rekrytera medarbetare.

Strategi:

- Hälso- och sjukvårdsavdelningen ska säkerställa kompetensförsörjningen av legitimerade medarbetare genom att bedriva ett aktivt, samordnat och långsiktigt arbete för att attrahera, behålla, utveckla och rekrytera medarbetare. Genom en god kompetensförsörjning säkerställs att den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas utifrån patienternas behov.
- Den kommunala hälso- och sjukvårdskompetensen och kontinuiteten ska stärkas för att klara av komplexa vårdbehov på ett patientsäkert sätt i omställningen till Nära vård.

2.2 Organisation och ansvar

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. För att kunna garantera patientsäkerheten enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) är det nödvändigt med en ansvarsfördelning, där det är tydligt framgår vem som ansvarar för vad. I enlighet med PSL och ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” 2011:9 har de tre nämnderna 2021 fastställt det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet. Se bilaga 1.

I ansvarsfördelningen framkommer att respektive nämnd som vårdgivare ansvarar för att:

- formulera övergripande strategier och uppföljningsbara mål för patientsäkerhetsarbetet
- skapa förutsättningar, både ekonomiska och personella, för ett fungerande patientsäkerhetsarbete
- fortlöpande hålla sig informerade om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet

Utöver nämndens ansvar beskriver ansvarsfördelningen ansvaret för bland annat förvaltningsdirektör, verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (HSL) 2017:30, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och enhetschefer. Se bilaga 1.

Under 2022 hade förvaltningarna en gemensam arbetsgrupp som klargjorde att varje nämnd är vårdgivare. Under 2023 har arbetsgruppen fått ett nytt uppdrag i att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan nämnderna inom ramen för samverkan. I uppdraget ingår att tydliggöra hela kedjan av ansvarsfördelning från nämnd till samtliga som utför arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Arbetsgruppen ska även klargöra hur samverkan förhåller sig till regelverken om offentlighet och sekretess, dataskydd, arkivering samt vilken funktion på vilken nämnd som ansvarar för dessa delar. Arbetsgruppen ska lägga fram förslag på organisatoriskt ansvar under 2024.

2.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Gemensamt för de tre nämnderna

Många som kommer i kontakt med vård och omsorg har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt, mellan förvaltningar samt myndigheter. Samverkan för att förebygga vårdskador sker på flera nivåer och för att patienten ska få god och nära vård.

Under året har en uppdatering skett av styrande dokument för samverkan. Det har tagits fram två nya rutiner som gäller för alla tre förvaltningar och för privata utförare hemtjänst och daglig verksamhet. Det är rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor samt rutin för samverkan med och för individen. Samverkan med och för individen beskrivs i avsnitt 2.5 ”Patienten som medskapare”. Samverkan syftar till att skapa förutsättningar för att förbättra kvaliteten, effektiviteten och patientsäkerheten inom vården och omsorgen.

Samverkan kring verksamhetsfrågor sker på strategisk och operativ nivå i

organisationen. Den strategiska samverkan sker mellan chefer inom stadsområdet och mellan förvaltningar. Den säkerställer riktning och mål med verksamheten. Samverkansformen fokuserar på långsiktiga åtgärder som påverkar kvaliteten, effektiviteten och patientsäkerheten inom vården och omsorgen. Exempel på ämnen som kan tas upp är beslut om åtgärder rörande patientsäkerhet och uppföljning av beslut och åtgärder.

Den operativa samverkan sker mellan utförare i verksamheterna, exempelvis mellan legitimerade medarbetare och enhetschef på ett särskilt boende. Den fokuserar på frågor som påverkar kvaliteten, effektiviteten och patientsäkerheten inom vården och omsorgen, men handlar inte om enskilda individer. Exempel på ämnen kan vara utbildning, handledning, läkemedelshantering, grundutrustning, följsamhet till överenskomna arbetssätt samt åtgärder utifrån samlad analys av avvikelser.

Både strategiska och operativa samverkansmöten ska ske regelbundet utifrån behov i verksamheten, men minst två gånger per termin. Införandet av rutinen är påbörjad och olika verksamheter har kommit olika långt. Uppföljning av följsamheten till rutinen planeras att utföras 2024.

Det finns även en struktur för samverkan på strategisk nivå mellan samtliga verksamhetschefer enligt HSL inom de tre förvaltningarna och medicinskt ansvariga (MAR och MAS), vilka träffas ett par tillfällen per termin. Medicinskt ansvariga deltar även regelbundet på verksamhetsledningsmöten inom deras respektive ansvarsområden samt träffar legitimerade medarbetare.

För en bra samverkan behöver kommunikationen fungera. Som ett led i detta ska medarbetare använda sig av kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) vid muntlig informationsöverföring. Syftet är att få en strukturerad kommunikation för att minska risken för bortfall av relevant information. SBAR ska ingå i introduktionen till nya medarbetare. Under 2023 har olika enheter arbetat med att förstärka användandet av SBAR.

Sjuksköterskor använder ViSam bedömnings- och beslutstöd som ett stöd för en mer strukturerad och säker bedömning av patientens tillstånd. Beslutsstödet underlättar även dokumentationen av hälsotillstånd, utförda och planerade åtgärder.

En annan viktig del av kommunikationen är tekniken. I olika delar av staden har det framkommit att telefonsystem till hälso- och sjukvårdsenheter inte fungerar optimalt. Det finns avvikelser kopplat till att bristande tillgänglighet där vård- och omsorgsmedarbetare upplever svårigheter att komma fram på telefonen samt långa väntetider i telefonkö. Telefonsystemet kan inte användas för analys av inkomna samtal, vilket minskar möjligheten att kvalitetssäkra vårdåtgärder via telefon. Avdelning hälso- och sjukvård bedriver en pågående översyn av hantering av inkommande samtal och det planeras att införa ett nytt telefonväxelsystem för att öka tillgängligheten, patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården.

Samverkan med andra vårdgivare

Under 2023 har samverkan mellan kommun och regionens slutenvård och primärvård utvecklats. Representanter från ledningarna träffas regelbundet för att

utveckla samarbete och arbetssätt.

I Närområdessamverkan (Nosam) samverkar regional primärvård med kommunal primärvård, socialtjänst och skola. Nosam finns inom varje stadsområde och regelbundna samverkansmöten sker. Målet för samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregion är att skapa en god och säker vård, stöd och omsorg med samordnade insatser för den enskilde utifrån behoven i närområdet. Under 2023 har en ny struktur för möten arbetats fram och implementeringen av den ser olika ut i stadsområdena. Strukturen behöver utvecklas och fortsatt implementeras under 2024. I dagsläget saknas samverkan mellan kommun och regionens slutenvård motsvarande den samverkan mellan aktörer som finns i Nosam.

En identifierad brist är kännedom om de verksamhetsförändringar som innebär att vården flyttar ut från sjukhusen för att istället bedrivs av regionen i patientens hem. Förändringarna ger påverkan på den hälso- och sjukvård samt omsorg som kommunen ansvarar för. Ett exempel är införandet av mobil röntgen. Det är ofta positivt för patienten att slippa åka till sjukhus för röntgenundersökning och bedömning. Men jämfört med när behandling påbörjas inom slutenvården kan konsekvensen bli att den kommunala primärvården får en ökad arbetsbelastning samt får omhänderta patienter i ett tidigare skede. Exempelvis patienter med bäckenfraktur eller kotkompression där behandling ofta är konservativt i form av mobilisering och smärtlindring. Det ställer höga krav på adekvat medicinsk kompetens, ökad tid för omvårdnad samt hög kompetens hos vård- och omsorgsmedarbetare som ska sköta lägesändringar och mobilisering. Det finns även risk för bristande informationsöverföring. Det är flera aktörer som behöver kontaktas och de ska även kunna agera utifrån det bedömda behovet.

När regionen införde Avancerad sjukvård i hemmet (Asih) i september 2023 identifierades tidigt ett behov av samverkan, med syfte att tydliggöra struktur för samverkan och ansvarsfördelningen mellan region och kommun. Tillsammans identifierades patientsäkerhetsrisker angående oklarhet kring exempelvis läkemedelsansvar samt hantering och förskrivning av medicintekniska produkter. Det saknas även struktur för delegering av exempelvis läkemedel när regionen har det fulla patientansvaret. Under hösten har en arbetsgrupp gemensamt tagit fram förslag på en rutin som troligen börjar gälla i början av 2024.

Överenskommelse om läkarsamverkan i den kommunal primärvården tecknas årligen med vårdcentralerna i respektive stadsområde. På korttidsenheterna finns utsedd läkare med behandlingsansvar för patienter under vistelsetiden enligt närområdesplanen (Nopen). Nopen ser olika ut i staden, vilket medför att patienterna får ojämn tillgång till läkare utifrån sina behov. Dialog pågår för att stärka samverkan mellan kommunal och regional primärvård. Identifierat behov i staden är att ta fram struktur för att mäta samverkan med vårdcentraler, till exempel läkarmedverkan och hur närområdesplaner uppfylls.

Sedan skatteväxlingen 1998 i Västra Götalandsregionen har det skett stora förändringar i hur vård bedrivs, inte minst i och med omställningen till Nära vård. Bland annat ökar andelen vård som bedrivs i patientens hem, både i regionens och kommunens regi. När hälso- och sjukvårdsmedarbetare från båda huvudmännen verkar i patientens hem ställer det höga krav på informationsöverföring och fungerande samverkan. Det ställer även krav på information om de

verksamhetsförändringar som genomförs då utförandet av vården förändras. En viktig del är att planera och rusta förvaltningarna för att möta välfärdsutmaningen, en befolkning med allt fler äldre och färre yngre i arbetsför ålder.

Planering av åtgärder efter slutenvård

Samverkan efter utskrivning från slutenvården syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet. Informationsöverföring mellan slutenvården, regional och kommunal primärvård respektive socialtjänst säkerställs genom att legitimerad medarbetare och biståndshandläggare dokumenterar i ett gemensamt elektroniskt dokumentationssystem, SAMSA.

De kommunala tvärprofessionella vårdplaneringsteamerna möjliggör en trygg och säker vård- och omsorgskedja för att samordna åtgärder efter slutenvården och säkrar övergången mellan vårdgivarna. Vårdplaneringsteam består av socialsekreterare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

En utmaning är de korta vårdtiderna inom slutenvården, som kräver ett snabbt omhändertagande i patientens hem av kommunen och den regionala primärvården. Inom Göteborgs stad saknas mellanvårdsformer exempelvis geriatrisk rehabilitering. Vården av multisjuka ställer höga krav på samverkan och informationsöverföring mellan vårdgivarna. Ansvaret för specialistteam i patientens hem behöver fortsatt tydliggöras och utredas, samverkan med slutenvården om förändringar i hur och vart vården bedrivs behöver utvecklas.

Under hösten 2023 har förvaltningarna arbetat intensivt tillsammans med slutenvården och den regionala primärvården för att minska kön för utskrivningsklara på Sahlgrenska. Arbetet med att utveckla och effektivisera processerna kommer att fortsätta med fokus på ett patientsäkert och snabbt omhändertagande av utskrivningsklara personer. Under året har avdelning hälso- och sjukvård anställt en kvalitetsutvecklare som ska samordna arbetet med gemensam struktur och arbetssätt för avdelningens vårdplaneringsteam.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Inom avdelning hälso- och sjukvård har det under året utförts flera aktiviteter för att stärka samverkan mellan legitimerade medarbetare, bland annat genom gemensamma mötesformer och workshops med fokus på journalföring och teamsamverkan. Genom att utveckla teamsamverkan mellan legitimerade medarbetare stärks patientsäkerheten då ett gott teamarbete påverkar den positivt. Metodutvecklare följer upp och stöttar de legitimerade teamen i samverkan. Under 2024 kommer avdelningen att fortsätta arbeta för att öka samarbete både inom avdelning, med andra avdelningar och med externa parter.

Nämnden för funktionsstöd

Det har tidigare identifierats brister i samverkan mellan avdelning hälso- och sjukvård och avdelningar inom förvaltningen för funktionsstöd vilket påverkat kvalitet och patientsäkerhet. Under året har samverkan stärkts på flera boenden både mellan legitimerade medarbetare och enhetschefer samt mellan enhetschefer i båda avdelningarna. Under 2024 kommer de nya rutinerna för individsamverkan och samverkan i verksamhetsfrågor att implementeras på alla enheter.

Socialnämnden Sydväst

Samverkansstrukturen mellan förvaltningen, MAS, MAR och avdelning hälso- och sjukvård har identifierats som ett förbättringsområde och från och med årsskiftet 2024 utökas samverkan. Genom en omorganisation inom avdelning hälso- och sjukvård kommer förvaltningens verksamheter att omhändertas av hälso- och sjukvårds enheten som är riktad mot Förvaltningen för funktionsstöd. Även ett övergripande arbete på strategisk nivå har gett effekter på rutiner och överenskommelser som underlättar i verksamheten och är till gagn för patienterna.

2.2.2 Informationssäkerhet

Gemensamt för de tre nämnderna

Informationssäkerhet är åtgärder som görs för att minska risken för att information förvanskas, förstörs, är otillgänglig när den behövs eller är tillgänglig för obehörig. I informationssäkerhetsarbetet ingår hantering av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen. En annan del är arbete enligt NIS-direktivet (direktiv (EU) 2016/1148), som är ett direktiv som ställer krav på informationssäkerheten i offentliga IT-stöd inom Europeiska unionen. Direktivet ställer särskilda krav på att arbeta aktivt och systematiskt med informationssäkerhet inom Hälso- och sjukvård. Alla tre förvaltningar har styrande dokument för hantering och stöd. Dessutom finns särskilda rutiner kring identifiering och rapportering av NIS-incident samt efterlevnad av NIS-direktivet. Den årliga risk- och sårbarhetsanalysen av verksamhetsrisker utifrån ”Ledningssystem för informationssäkerhet” (LIS) har följts upp under hösten.

2023-01-01 infördes lag om Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) och förändringar i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) vilket medför att kommunens vårdgivare och omsorgsgivare digitalt får dela information om patienter. Det kommer att möjliggöra för ett framtida digitalt stöd för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket det finns ett behov av då de digitala verksamhetssystemen idag inte integrerar med varandra.

Under hösten har en förvaltningsövergripande förstudie påbörjats för att utreda möjligheterna till införande av ett IT-stöd med syfte att säkerställa information om och signering av överlämnade/delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I dagsläget sker informationsöverföring genom att i flera steg beställa tid för utförande samt skriva ut ordinationshandlingar från hälso- och sjukvårdens IT-stöd för att sedan lämna dessa i en hälso- och sjukvårdspärm som förvaras i patientens hem. Risk föreligger att obehöriga kan ta del av sekretesskyddad information samt att information och dokumentation förloras om dessa papper försvinner eller förstörs. I förstudien finns representation från samtliga tre förvaltningar.

Omställningen till ett mer digitalt arbetssätt kräver ett fortsatt förändringsarbete och kontinuerlig utveckling av arbetssätt och system. I vårdplaneringsverktyget SAMSA finns möjlighet att genomföra säkra vårdmöten. Vid digitala vårdmöten med patienter och verksamheter som inte har tillgång till SAMSA används Microsoft Teams. Teams är inte säkert för att skicka dokument eller skriva kommentarer då informationen sparas utanför stadens kontroll. Däremot kan

digitala möten ske, men för att få ett helt säkert IT-stöd pågår ett arbete som drivs av Förvaltningen för funktionsstöd för att möjliggöra säkra digitala möten utanför IT-stödet SAMSA.

Under året har en NIS-incident gällande hälso- och sjukvård identifierats vilken rapporterats vidare till myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Händelsen skedde inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. I händelsen fanns ett akut behov av att ringa 112 men telefonsystemet fungerade inte och samtalet kom inte fram till 112. Det löste sig för patienten då medarbetare istället ringde 112 på sin privata mobiltelefon. Vid felsökning efter händelsen framkom att orsaken var fel i det telefonsystem Göteborgs Stad använder. Det är nu åtgärdat.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Det är ett fortlöpande arbete att se till att den patientinformation som hanteras uppfyller kraven på informationssäkerhet. Arbetet bedrivs tillsammans med Intraservice för att tillgodose lagkrav på hälso- och sjukvårdsdokumentation och teknisk säkerhet i informationssystemen. Exempelvis genom behörighetsstyrning till olika IT-stöd samt genom loggranskning av dokumentationssystemet PMO. Loggranskning görs systematiskt av åtkomst till patientjournal. Syftet med loggkontrollen är att säkra att medarbetare inte tar del av patientuppgifter de inte har rätt till. Alla medarbetare på enheten ska känna till att loggranskning utförs. Inga avvikelser har påträffats under året i samband med loggkontroller.

En annan del i informationssäkerhetsarbetet är det pågående arbetet med att säkra att legitimerade medarbetare har information om patient tillgänglig i den stund det behövs. Det arbetas med att ta fram en säker mobilapp för att kunna nå patientinformation och tidsbokning i PMO. En enhet har testat appen och det planeras för breddinförande under 2024.

Legitimerade medarbetare har behov av att kunna läsa den information som finns i den nationella patientöversikten (NPÖ), fram för allt när patienter byter vårdform exempelvis från sjukhus till korttidsenhet. Idag har Göteborgs Stad tillgång till NPÖ via vårdplaneringssystemet SAMSA. Under 2023 har avdelning hälso- och sjukvård undersökt möjlighet till direktinloggning i NPÖ och arbetet med NPÖ kommer att fortsätta under 2024.

Tydlig och strukturerad journalföring är av stor betydelse för en god och säker vård. Under 2022–23 deltog alla legitimerade medarbetare i en utbildning för strukturerad dokumentation (STRUK). Utbildningen ingår numera i introduktionen för nyanställda legitimerade medarbetare. Strukturerad dokumentation innebär ett tydligt och enhetligt sätt att dokumentera vilket ger att information är lättare att hitta. Inom avdelning hälso- och sjukvård har dokumentationsgrupper bildats i varje stadsområde och de hålls samman av en övergripande dokumentationsgrupp.

Journalgranskningar är genomförda av både de lokala dokumentations grupperna och av enhetschefer. Enhetschefernas egenkontroll av journalföring fokuserade på hälsotillstånd och vårdplaner. Resultatet visar att det finns variationer, inom såväl stadsområden som inom de enskilda enheterna, angående dokumentationens kvalitet och av följsamhet till strukturerad dokumentation. Det finns enheter där hälsotillstånd och vårdplan är informationsrika och där patientens delaktighet och hälsa speglas tydligt. Generellt sett visar journalgranskningen att dokumentationen

har förbättrats något. Det har även uppmärksammats att medarbetare som i början av sin anställning gått introduktionsutbildningen har bättre resultat i granskningen. Det som på en enhet är ett förbättringsområde kan på en annan enhet vara väl dokumenterat. Exempel på förbättringsområden är att patientens delaktighet ska dokumenteras i större utsträckning, användandet av bedömningsinstrument, mätvärden och checklistor ska öka, samt att vårdplaner ska innehålla mätbara mål, tidsatt uppföljning och utvärdering. Även användandet av sökord kan vara bristfälligt och ibland används felaktigt sökord. Det finns flera vägledande dokument framtagna för strukturerad dokumentation men det kan vara så att dessa inte används i tillräcklig utsträckning. Utifrån resultaten har enhetscheferna identifierat förbättringsåtgärder för sin enhet. Det kan exempelvis vara att dokumentationsansvariga medarbetare får uppdrag att informera och stöttar kollegor, ytterligare granskningar planeras, workshops och planeringsdagar med fokus på dokumentation, schemaplanering så att tid finns för dokumentation och för att få stöd i det. På de enheter som genomförde kollegialt journalgranskning var det en uppskattad metod och något som medarbetare önskar fortsätta med, vilket även är planerat på flera enheter. I stort sett alla enheter har utsett en dokumentationsansvarig som ingår i den tvärprofessionella lokala dokumentationsgruppen. Dessa personer och är ett stöd i dokumentationsfrågor på sin enhet. Dokumentationsgrupperna kommer att arbeta vidare med förbättringsåtgärder för sina respektive områden och se till att förbättringsarbete sprids över hela staden.

2.3 En god säkerhetskultur

Egenkontroll Patientsäkerhetskulturmätning inom avdelning hälso- och sjukvård, ÄVO

Under 2022 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning baserad på Sveriges kommuner och regioners (SKR) handbok för patientsäkerhetsarbete "Att mäta patientsäkerhetskulturen" (2013). Säkerhetskulturen utgör en viktig del i arbete för en säker vård. Patientsäkerhetskulturen är de värderingar, attityder och beteende som påverkar patientsäkerheten på en arbetsplats. Enkäten skickades till samtliga legitimerade medarbetare, varav cirka 30 % besvarade den. Medarbetarna hade svårt att tolka och svara på frågorna. På avdelningsnivå visade resultatet att medarbetarna sällan rapporterade avvikelser, men att de bedömde att det fanns en hög patientsäkerhet inom avdelningen. Under 2023 har avdelningen arbetat med att stärka patientsäkerhetskulturen, exempelvis genom att alla ledningsgrupper tillsammans med MAR och MAS har arbetat med Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet "Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet". I syfte att öka benägenheten att rapportera avvikelser har bland annat medarbetare fått utbildning kring avvikelser och i IT-stödet Treserva, enhetschefer sammanställer och går igenom avvikelser på möten med medarbetare med möjlighet till dialog/analys i helgrupp. Avdelningen har även bjudit in till två föreläsningar om patientsäkerhet, vilket har medfört att några enheter valt att gå Socialstyrelsens nationella utbildning om säker vård. Utifrån SKR rekommendation att tidigast upprepa mätningen efter två år planerar avdelningen att utföra en ny mätning våren 2025.

Även inom andra avdelningar har det bedrivits arbete för att stärka säkerhetskulturen. Exempelvis inom avdelning vård och omsorgsboende har antalet rapporterade avvikelser ökat markant under första halvåret 2023 jämfört med föregående år. Halvårets avvikelser uppgår till nästan lika många som för hela året 2022. Det är en positiv trend att medarbetare rapporterar in avvikelser.

2.4 Adekvat kunskap och kompetens

Gemensamt för de tre nämnderna

Stadens riktlinjer och rutiner inom området patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård revideras utifrån rådande lagstiftning av medicinskt ansvariga en gång per år eller vid behov. De finns publicerade på stadens intranät, vilket samtliga chefer och medarbetare har tillgång till. Stadenövergripande styrande dokument är inte alltid applicerbara inom Socialförvaltningens verksamheter i och med målgruppens karaktär. Det är av vikt att kontinuerligt arbeta med riktlinjer och rutiner så att alla verksamheter kan följa dessa.

MAS och MAR håller löpande utbildningar för nyanställda enhetschefer inom respektive förvaltning om deras hälso- och sjukvårdsansvar. De deltar även i introduktionsutbildningarna för alla nyanställda legitimerade medarbetare gällande deras lagstiftade ansvarsområden.

Under 2023 har det tagits fram ett nytt koncept för delegeringsutbildningen för läkemedelsdelgering, vilket innebär en digitalisering av steg två av de tre utbildningsstegen. Syfte med digital utbildning är att säkerställa kvaliteten samt tillgången till utbildningen, vilket avlastar hälso- och sjukvården samt underlättar planeringen för utförande verksamheter. Införandet av den digitala utbildningen kommer att fortsätta under 2024.

Under året har även ett utbildningsmaterial för delegering av fysioterapi- och arbetsterapiåtgärder tagits fram av MAR. Syftet är att höja kompetensen hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Utbildning planeras starta för nyanställda medarbetare under våren 2024.

Palliativ vård

I januari 2023 lämnade Stadsrevisionen sitt utlåtande efter att ha granskat Göteborgs Stads arbete med att erbjuda en god palliativ vård och omsorg samt stöd till närstående. De granskade alla tre nämnderna. Granskningen visade att det delvis bedrivs ett ändamålsenligt arbete, men att det finns utmaningar gällande planering, genomförande och dokumentation av palliativa vårdåtgärder i varierande grad.

Stadsrevisionen bedömde att det behövs en likvärdig tillgång till kompetens inom palliativ vård i hela staden för patienter i ordinärt boende. Den kommunala primärvården ansvarar för den allmänna palliativa vården. Alla patientgrupper, oavsett boendeform, får tillgång till medarbetare med fördjupad kompetens i palliativ vård. Stadsrevisionen granskning visade att åtgärder inom fysioterapi och arbetsterapi är viktiga för att öka livskvaliteten och motverka smärta. Ofta uteblir dessa åtgärder eller så genomförs de inte som ordinerat. Bristerna som

stadsrevisionen beskriver har även uppmärksammats av verksamheten. I förbättringsåtgärderna nedan ingår även arbetsterapi- och fysioterapi.

Fördjupnings- och expertuppdrag för palliativ vård har standardiserats för legitimerade medarbetare. I uppdragen ingår eget patientansvar, att vara stöd till övriga medarbetare och att utveckla kvalitet. Avdelning hälso- och sjukvårds nätverket för medarbetare med fördjupat uppdrag i palliativ vård har kommit igång under året. Det leds av två kvalitetsutvecklare och kommer att fortsätta arbetet med att stärka och förbättra den palliativa vården.

Under 2023 har det gjorts flera kompetenshöjande insatser för legitimerade medarbetare, exempelvis workshop kring palliativ vård, informationsposters kring tidig identifiering av den palliativa patienten och vidareutveckling av introduktionsutbildningen i palliativ vård vilket alla nyanställda legitimerade medarbetare går. Utifrån att stadsrevisionen rekommenderade att det ska säkerställas att palliativa hälso- och sjukvårdsåtgärder dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt har nätverket tagit fram ett underlag för dokumentation, vilket även används för att klargöra vilka åtgärder som kan vara aktuella i palliativ vård. Medvetenheten om behov av och kunskaperna kring god palliativ vård i alla delar av verksamheten har ökat, vilket även inkluderar vikten av arbetsterapeuter och fysioterapeuters åtgärder inom palliativ vård.

Stadsrevisionens bedömde även att ledningssystemet för hälso- och sjukvårdsprocessen i stora delar saknar ett palliativt perspektiv, vilket riskerar att leda till att adekvata åtgärder uteblir eller inte sätts in i tid. Utifrån detta har det utförts en mindre översyn av Hälso- och sjukvårdsprocessen för att inkludera palliativ vård. Under 2024 kommer processen att ses över och uppdateras ytterligare, bl. a för att den palliativa vården ska synas på ett tydligare sätt.

Under 2023 infördes ett nytt arbetssätt angående transport av avlidna, vilket har haft svårt att få fäste i verksamheterna. I början av 2024 kommer rutinen att förtydligas samtidigt som tydligare implementering ska ske i alla tre förvaltningar.

Demens

Inom alla tre förvaltningar är omhändertagandet av personer med demenssjukdom av vikt. Verksamheterna har ett fortsatt arbete med att utbilda medarbetare samt att implementera arbetssättet kring BPSD och ha patienten i fokus. Förutsättningar för att lyckats i arbetet är engagerade EC, tillräckligt många certifierade utbildare, samarbete och gemensamma mål med täta registreringar. Se även kompetenssatsningar inom kommunal primärvård nedan samt kapitel 3.2

Psykiatrisk vård

Andelen patienten med måttlig och svår psykiatrisk diagnos ökar succesivt inom den kommunala primärvården och fler patienter skrivs in i med mer allvarliga psykiatriska sjukdomar. Exempel på allvarliga psykiatriska sjukdomar är psykos, bipolära sjukdomar och djupa depressioner. Sjukdomar som kan medföra allvarliga svårigheter för patienten själv och för hens omgivning. Det är inte ovanligt att patient med allvarlig psykiatrisk sjukdom även har samsjuklighet med skadligt bruk och beroende.

Den kommunala primärvården har ett uppbyggt arbetssätt gentemot regional

primärvård. Dock är flertalet patienter med psykiatriska sjukdomar för sjuka för att behandlas av regional primärvård och de får istället specialistvård genom öppenvårdspsykiatri. Flera externa avvikelser handlar om brister i eller otillräckligt samarbete med andra vårdgivare, vilket blir extra tydligt i avvikelser kring patient med psykiatrisk problematik. I många fall saknar legitimerade medarbetare både kunskap om och kontaktvägar till öppenvårdspsykiatri. De upplever att öppenvårdspsykiatri har en snårig uppbyggnad och ett svårnavigerat nätverk med patientansvariga läkare. Kommunal primärvård har även svårt att hantera samverkan kring patienters samsjuklighet då specialistvården delar upp behandling av skadligt bruk och beroende och av psykiatrisk sjukdom på olika enheter. Patienter med psykiatriska sjukdomar ställer ökade krav på kompetensen hos alla medarbetare. Den baskunskap som legitimerade medarbetare har är inte tillräcklig för att hantera patienter tillhörande specialistnivån öppenvårdspsykiatri.

Alla förvaltningar har identifierat ett behov av att stärka den psykiatriska kompetensen hos medarbetarna. Det finns även behov av att stärka kompetens kring skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet. För Socialförvaltningen Sydväst har kompetensbristen tillsammans med svårigheter att få legitimerade medarbetare till verksamheten medfört risker i patientsäkerheten. I dagsläget finns det exempelvis fåtal legitimerade medarbetare med fördjupade kunskaper om patienter med måttlig till svår psykiatrisk sjukdom. Verksamheterna behöver tydliga kontaktvägar till samarbetspartners inom psykiatri och en gemensam kunskap med ett gemensamt arbetssätt, för att stötta varandra i arbetet och i omhändertagandet av patienter med måttliga till svåra psykiatriska sjukdomar.

Projekt Hygien

Förvaltningarna har en gemensam arbetsgrupp ”Projekt hygien” vars arbete spänner över områdena vårdhygieniska kompetens, hygienisk utrustning, hygien i vårdlokaler samt organisation och ansvarsfördelning. Hygienprojektet har lett förvaltningarna framåt i förbättringsarbetet och utvecklat en struktur att bygga vidare på. Projektet har arbetat med att säkra utförandet av egenkontroller gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Även framtagandet av rutiner för att arbeta hygieniskt ingår i projektet.

De flesta medarbetarna har tagit ”hygienkörkortet”, utformat för medarbetare inom kommunal vård och omsorg av Västra Götalandsregionen. Alla nyanställda får introduktionsutbildning i basala hygienrutiner där hygienkörkortet utgör en del.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Åtgärderna nedan som avdelning hälso- och sjukvård har genomfört är en del för att uppnå mål i 2022 års Patientsäkerhetsberättelse: ”Hälso- och sjukvården ska säkerställa kompetensförsörjningen av legitimerade medarbetare genom att attrahera, utveckla och behålla medarbetare”.

Under sista delen av 2023 har det svåra rekryteringsläget sakta förbättrats och avdelningen kan i de flesta fall anställa medarbetare med rätt kompetens. En kompetensinventering är genomförd och följs upp inför varje medarbetarsamtal. Inventeringarna ligger bland annat till grund för kommande kompetensinsatser. Flera legitimerade medarbetare har fått möjlighet att gå vidareutbildning och fördjupningsutbildning, exempelvis Vård av äldre, Psykiatri, Stiftelsen

Silviahemmets utbildningar, magisterexamen, forskarutbildning och utbildning till distriktssköterska. Till exempel har fyra arbetsterapeuter och fyra fysioterapeuter slutfört Silvia-utbildningen på Karolinska Institutet. Utbildningen innebär en magisterexamen inom demens och Silviaterapeuterna kommer att få kompetensuppdrag för att utveckla demensvården i Göteborgs Stad. Lektorstjänster i samarbete med Göteborgs universitet har utvecklats ytterligare under året. Kompetenshöjande insatser, exempelvis workshops, föreläsningar och utbildningar genomförs kontinuerligt i hela avdelningen. För exempel om palliativ vård se kapitel 3.2

Nyanställda erbjuds en sammanhållen och individuell introduktionsplan för att kunna ge patienterna i den kommunala primärvården en god och säker vård som bygger på patientens delaktighet och inflytande.

Avdelningen har anställt en verksamhetsutvecklare med inriktning kompetensförsörjning, som arbetar för att omhänderta och driva frågor kring kompetensförsörjning för avdelningen. Under 2023 har formaliserade uppdrag tagits fram inom fyra områden för legitimerade medarbetare: 1) Palliativ vård, 2) Demens och kognitiv svikt, 3) Dokumentation, 4) Psykisk ohälsa.

Efter organisationsförändringen har det uppmärksammats att de olika stadsdelarna hade olika resurstilldelning. Under 2023 har nyckeltal räknats fram och korrigering av resurser har genomförts inför 2024. Syftet är att enheterna ska få mer lika förutsättningar att erbjuda en jämlik vård. Ännu har verksamheten dock inte de resurser som krävs för att nå de önskade nyckeltalen.

Att som patient få tillgång till rätt hjälpmedel är viktigt. Ett område som varit eftersatt kompetensmässigt har varit sjuksköterskors kunskaper om madrasser för att förebygga och behandla trycksår. Utbildningsinsatser för sjuksköterskor har genomförts av kvalitetsutvecklare i samarbete med Hjälpmedelscentralen. Utbildningen avsåg både förskrivningsprocess och direkt produktkunskap.

Under året har enheten för farmaceuter utvecklat sitt uppdrag och fler farmaceuter har anställts. Farmaceuter arbetar idag framgångsrikt på korttidsenheterna. Det har föranlett till att två pilotprojekt har startats för att testa om det har lika bra effekt på ordinärt och särskilt boende. Farmaceuter medför en spetskompetens inom läkemedelsområdet i samverkan med patientansvarig sjuksköterska vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. I farmaceuternas arbetsrutiner ingår att kartlägga patientens ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista (läkemedelsgenomgång). De har en tät samverkan med sjuksköterskorna som avlastas med olika delar av läkemedelshanteringen, till exempel dosettdelning, kontroll av narkotiska preparat samt utlämning av läkemedel till patienters läkemedelsskåp. Sjuksköterskor ges på så sätt större möjlighet att arbeta med specifik omvårdnad och patientsäkerheten.

Genom olika strategier har avdelningen arbetat med målsättningen att minska inhyrd personal, vilket har gett resultat under hösten. Att minska mängden inhyrd personal förbättrar patientsäkerheten då patienten får en bättre kontinuiteten och då det är svårt att nå ut med information om riktlinjer, rutiner och arbetssätt till inhyrd personal. Exempelvis har avdelningen tagit fram en checklista som stöd för enhetschefer inför beslut om att använda inhyrd personal eller inte. Ett annat exempel är att i ett stadsområde har sjuksköterskorna inom vård och

omsorgsboende under hösten flyttat sina huvudkontor in till de gemensamma hälso- och sjukvårdskontoren. Att utgå från samma arbetsplats ökar samarbetet mellan sjuksköterskorna, underlättar det kollegiala lärandet och ger mer tid till sjuksköterskans basuppdrag. Det möjliggör även för en gemensam bemanningsplanering och minskar på det sättet behovet av inhyrd personal. Arbetssättet kommer införas i flera områden. Ett tredje exempel är ambulerande sjuksköterskor, som minskar behovet av bemanningssjuksköterskor och ger verksamheten en ökad kontinuitet. Arbetssättet började i ett stadsområde och har under året spritt sig till flera. Ett utvecklingsområde är att hitta strategier för att öka intresset hos medarbetare som går i pension att stanna kvar som vikarier.

2.5 Patienten som medskapare

Grunden för en personcentrerad vård är att patienten är delaktig, väl informerad samt har möjlighet att påverka sin vård, behandling och uppföljning. Även närstående ska informeras och ha möjlighet att vara delaktiga, så länge patienten samtycker och sekretess inte hindrar det. Planeringen av patientens vård dokumenteras i en vårdplan i patientens journal och tillgängliggörs för patienten i hälso- och sjukvårdspärmen i dennes hem. Vårdplaner ska upprättas i samråd med patienten och upprättas av behandlande professioner (enskilt eller i team), av vårdplaneringsteamet i samband med en vårdplanering eller genom en samordnad individuell plan (SIP).

En SIP genomförs när patienten har behov av åtgärder som behöver samordnas från flera olika aktörer, såsom olika vårdgivare och/eller socialtjänst. Det är en lagstadgad rättighet för patienten och ska genomföras när denne eller någon av aktörerna ser ett behov av det. En SIP möjliggör att patienten kan vara med och bestämma hur vården och omsorgen ska planeras för att bli så bra som möjligt. Under året har det via Nosam utsetts SIP-samordnare. I uppdraget ingår bland annat att stötta SIP-utbildare och att kartlägga och stödja SIP-implementeringen på Nosam-nivå.

Vårdplanering sker ofta i samband med utskrivning från slutenvården. Då deltar vårdplaneringsteamet från det stadsområde patienten är folkbokförd, med syfte att planera vilka åtgärder patienten har fortsatta behov av.

En ny rutin för ”samverkan med och för individen” har under året upprättats som beskriver de olika formerna för samverkan med och för patienten (benämns i rutinen individen). I den säkerställs att patienten har en central roll i samverkan. Rutinen beskriver olika mötesformer där patienten ska inkluderas, men även hur professionerna inom kommunen kan samordna sina åtgärder och resurser utan att patienten närvarar. Den specificerar då vikten av att samtycke från patienten måste finnas, samt att information måste hämtas och sedan lämnas till patienten.

Alla tre förvaltningarna har regelbundna möten med företrädare för patienter, exempelvis brukarmöten eller pensionärsråd. Vid dessa tillfällen tas det upp ämnen inom både socialtjänst som hälso- och sjukvård. Det ger en möjlighet för patienter att vara delaktiga i förvaltningarnas arbete.

Göteborgsregionen (GR) skickade hösten 2022 ut enkät till ett urval av patienter över 18 år i ordinärt boende, vilka är inskrivna i kommunal primärvård. Enkäten gick ut till alla kommuner i GR. Syftet var att mäta patienters upplevelse av personcentrering. Undersökningen är tänkt att utföras på årlig basis. Resultatet presenterades under våren 2023.

I Göteborg svarade 150 patienter vilket motsvarar ungefär 5 procent av de ca 2 800 personer som är inskrivna i kommunal primärvård och som bor i ordinärt boende. Det medför att svaren bör tolkas som indikation på upplevelse av personcentrering.

87 procent av patienterna uppger att de sammantaget är mycket eller ganska nöjd med Göteborgs Stads hälso- och sjukvård. Det resultatet ligger strax över snittet för samtliga kommuner, som låg på 86 procent (med spridning på 76–97 procent).

På fråga rörande upplevelsen om hälso- och sjukvården är personcentrerad ligger Göteborg strax under snittet (ca 40 procent) med vårt svar på ca 39 procent (med spridning på ca 38–42 procent). Vid jämförelse med snittet har Göteborg högst resultat för frågorna ”den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra” och ”min vård stärker min förmåga att hantera min sjukdom och behandling”. Medan Göteborg har lägst resultat på frågorna ”personalen märker när jag har bättre och sämre dagar” och ”mina åsikter om min vård respekteras”.

Med syfte att uppnå målsättningen att stärka samverkan med patienten och mellan de olika professionerna kring patienten behöver arbetet med att inkludera patienten fortsätta. Även om svaren endast kan tolkas som en indikation utifrån den låga svarsfrekvensen är det fortsatta arbetet med att förbättra den personcentrerade vården prioriterat. Ytterligare sätt att följa det personcentrerat arbetssätt är genom att via journalgranskning kontrollera vilken information som lämnats till patienten, uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder och vilka ställningstaganden som lett fram till dessa.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Gemensamt för de tre nämnderna

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).

En vårdskada är en skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvård. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. De medicinskt ansvariga utreder händelser som bedöms som allvarliga och där det behöver utredas om hälso- och sjukvården har utfört adekvata åtgärder. Om en utredning leder till beslut om allvarlig/risk för allvarlig vårdskada ansvarar MAS och MAR att anmäla till IVO enligt stadens delegationsordning. Utredningarna följer den

metod som beskrivs i SKR:s ”Utredning av allvarliga vårdskador”. Utredningar syftar till att hitta bakomliggande orsaker och ta lärdom av dessa. I samverkan med medicinskt ansvariga tar involverade verksamheter fram åtgärdsplan utifrån utredningen. En åtgärd kan även vara att de medicinskt ansvariga reviderar riktlinjer för att undvika liknande händelser framöver. Exempelvis har MAS i år reviderat riktlinjen för läkemedelshantering efter att en händelse med flytande smärtlindring utretts.

Medicinskt ansvariga ansvarar även för att anmäla negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket. Syftet är att säkra att tillverkaren utreder händelsen/tillbudet för att säkra att eventuella fel på produkten omhändertas. Detta för att förhindra upprepning av händelsen/tillbudet och eventuell vårdskada framöver. MAR har under 2023 anmält sex händelser gällande hjälpmedel för personlig vård och förflyttning, vilka har inträffat inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionsstöd.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Under året har sju fördjupade utredningar registrerats där allvarlig vårdskada har utretts. Tre av dessa blev anmälda enligt Lex Maria till IVO.

En av utredningarna som ledde till anmälan har genomförts gemensamt av MAS och MAR. Avvikelsen handlade om brister gällande uppkomst och behandling av trycksår. Utredningen visade på bristande förebyggande tvärprofessionellt arbete samt brister i följsamhet till planerade åtgärder.

En fördjupad utredning har genomförts av MAR, som bedömde att avvikelsen inte vara en allvarlig vårdskada. Den handlade om felaktig hantering av hjälpmedel. Den orsakades av bristande hjälpmedelskunskap, bristande följsamhet att dokumentera och följa skriftliga instruktioner samt bristande förståelse för risker.

Resterande utredningar har utförts av MAS. Fyra handlade om läkemedel, varav två om felaktig dos, en om förväxling av läkemedel och en om uteblivet läkemedel. En utredning handlar om utebliven vård och behandling. Den samlade bedömningen för avvikelsernas orsak visar på bristande följsamhet till rutiner, brister i kommunikation och i informationsöverföring. Allvarlighetsgraden i händelserna hade varit lägre om de involverade hade följt rutiner och riktlinjer.

Medicinskt ansvariga har även varit behjälpliga i flera utredningar för att bistå enhetschef att bedöma om fördjupad utredning behövs. Händelser som utretts handlar ofta om läkemedelshantering och andra överlämnade hälso-och sjukvårdsåtgärder.

Nämnden för funktionsstöd

Två utredningar om allvarlig vårdskada har genomförts av MAS. Båda blev anmälda enligt Lex Maria till IVO. Utredningarna handlar om vård och behandling.

I en av utredningarna framkom att det fanns brister i kommunikationen mellan sjuksköterska och vård- och omsorgsmedarbetare samt att allvarlighetsgraden hade varit lägre om patienten hade fått ett bedömningsbesök av sjuksköterska i stället för att bli hänvisad till vårdcentral.

I den andra utredningen framkom att följsamheten till delegerade hälso-och

sjukvårdsåtgärder hade brustit.

Socialnämnden Sydväst

Inga fördjupade utredningar eller lex Maria har utretts inom förvaltningen.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Gemensamt för de tre nämnderna

I alla förvaltningar genomförs årligen egenkontroller för ökad patientsäkerhet. Egenkontroller genomförs som granskningar, utredningar och uppföljning av framtagna handlingsplaner. Resultaten ligger till grund för fortsatt förbättringsarbete inom verksamheterna.

Läkemedelshantering

Egenkontroll av läkemedelshantering sker genom sjuksköterskors kontroll av patientens läkemedelsskåp en gång i månaden. Då kontrolleras att aktuella läkemedel och listor finns, såsom signeringslistor och läkemedelslistor. Egenkontroll sker även genom sammanställning av inrapporterade avvikelser, se kapitel 3.4.1. Idag är många läkemedelsskåp undermåliga eftersom de saknar möjlighet till spårbar åtkomst samt att det krävs att en person utför kontroller på plats. Läkemedelsskåp med digital inloggning hade ökat spårbarheten och säkerställt att endast behöriga har tillgång till innehållet i patientens läkemedelsskåp. Ett digitalt system för ordinationer och signeringslistor hade underlättat kontroller och gett en ökad patientsäkerhet.

Kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)

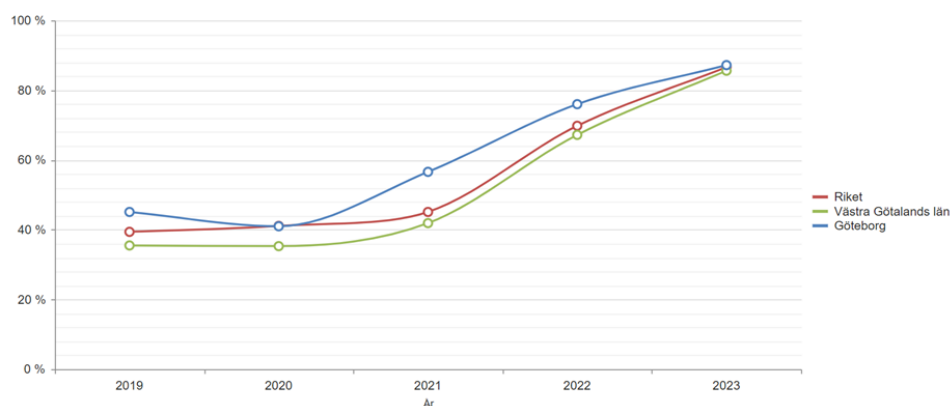
KAF granskas årligen av MAS. Resultaten visar generellt god följsamhet till rutiner. Gällande säker förvaring med spårbarhet av läkemedlen är det flera förråd som inte uppfyller kraven. Det har påbörjats ett arbete med att säkerställa detta, se även kapitel 3.4.1. I ett stadsområde har flera förråd avvecklats som en följd av att sjuksköterskor som tjänstgör inom vård- och omsorgsboendena utgår från hälso- och sjukvårdskontoren stadsområdet. I dessa lokaler uppfylls kraven på säker förvaring med spårbarhet, eftersom det krävs SITHS-kort för att komma in i förrådet samt det finns videoövervakning.

Egenkontroll utifrån BPSD -registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Målet med registret och arbetssättet kring det är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Samt därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Antalet registreringar är få inom Förvaltningen för funktionsstöd och Socialförvaltningen sydväst. Flest registreringar ske inom vård och omsorgsboende och varierar inom och mellan stadsområden. Avdelning Hälso- och sjukvård har under året utbildat fler legitimerade medarbetare i registerhanteringen. Det saknas en tydlig struktur och övergripande rutiner för användning av BPSD-registret, vilket bromsar utvecklingen. Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har tillsatt en arbetsgrupp som ska ta fram förslag på en

struktur för demensvården inom förvaltningen. Under tiden fortsätter arbetet med metoden BPSD-bedömning och registrering samt arbetet enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom med teambaserat arbetssätt.

Ett antal kvalitetsindikatorer går att följa i registret. En av indikatorerna visar att för de personer där det har gjorts minst tre registreringar har BPSD symtomen minskat från 19,9 poäng till 17,5 poäng. Andelen personer som är smärfria vid senaste registreringen har ökat från 70 % 2022 till 73,1% 2023. Ett annat positivt resultat är att antalet registreringar där ett multiprofessionellt team har deltagit har ökat under de senaste åren, se figur 1.



Figur 1

Egenkontroll utifrån svenska palliativregistret

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård och fram för allt vård i livets slutskede. Registret används sedan flera år tillbaka i Göteborg. Under nästan hela 2023 har registret varit under förändring vilket medfört att det inte har gått att lägga till nya enheter eller ta bort gamla. Det innebär att inte alla förväntade dödsfall har kunnat registreras.

Hälso- och sjukvård inom Förvaltningen för funktionsstöd har saknat övergripande rutin för användning av svenska palliativregistret. Det tillsammans med registrets omorganisation har medfört att några enheter har kunnat registrera medan andra inte har kunnat det. I november 2023 var registrets omorganisation klar och en ny enhet för samlad registrering inom förvaltningen skapades. Eftersom antalet patienter med palliativa vårdbehov inom funktionsstöd är få kommer registrering ske för verksamhetsområdet som helhet, vilket kommer ge möjlighet att göra analys av insamlade data under 2024.

Utifrån den data som registrerats har statistik tagits fram och analyserats. 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 under sista levnadsveckan. Se statistik bilaga 2.

Se även kapitel 2.4 gällande palliativ vård.

Utöver Palliativa registret och BPSD registret finns det fler svenska kvalitetsregister. Det vanligaste inom förvaltningarna är Senior alert. Senior alert är ett verktyg för att stödja det vårdpreventiva arbetet gällande fallrisk, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen. Användningen av kvalitetsregistret varierar inom stadsområdena och vård- och omsorgboenden. Det

saknas riktlinjer för om Senior alert ska användas. Under 2023 har det genomförts fler riskbedömningar men på färre personer jämfört med 2022. Fler riskbedömningar genomförs i verksamheterna men de dokumenteras endast i journal och det är inte möjligt att få ut någon statistik därifrån. Ett arbete är påbörjat för att identifiera vilka kvalitetsregister Göteborgs Stad ska arbeta med. Därefter kommer de rutiner som behövs för att säkra en likvärdig användning att tas fram.

År	Antal unika personer	Antal risk-bedömningar	Risk-bedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
2022	1 762	2 453	92 %	86 %	94 %	77 %
2023	1 714	2 579	91 %	83 %	92 %	80 %

Egenkontroll av spol- och diskdesinfektorer

Alla avdelningar som har disk- och spoldesinfektor har genomfört egenkontroll av maskinerna. Inom Projekt Hygien är ett behov identifierat och omhändertaget gällande ansvarsfördelning och hantering av spol- och diskdesinfektorer i alla tre förvaltningar. Egenkontrollerna bekräftar detta behov. Berörda avdelningar arbetar aktivt med att säkerställa arbetet med och kring disk- och spoldesinfektorer. Exempel på vad åtgärder är en ny rutin för disk- och spoldesinfektor, inventering av desinfektorer och upphandlingsavtal för desinfektorer.

Granskning av följsamhet till ordination given av arbetsterapeut eller fysioterapeut

En granskning av utförandet av överlämnade åtgärder av legitimerade fysioterapeuter och arbetsterapeuter färdigställdes av MAR under 2023. Granskning av skrivna avvikelser visar att under 2022 låg följsamheten till att utföra ordinerade åtgärder på 38 procent inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen och 34 procent inom förvaltningen för funktionsstöd. Inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen är ca 94 procent av dessa avvikelser skrivna av legitimerade medarbetare, inom förvaltningen för funktionsstöd är motsvarande siffra ca 89 procent. Det visar att det skrivs mycket få avvikelser gällande utförandet av denna typ av åtgärder av medarbetare i utförande verksamheter, vilket innebär en låg grad av patientsäkerhetskultur. Granskningen bestod av flera olika delar; analys av statistik, dialog och enkät till arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster, dialog med samtliga ledningsgrupper för hemtjänst, vård och omsorgsboenden och korttidsenheter.

Resultatet visar att det generellt finns lite kompetens gällande utförandet av åtgärderna, samt brister inom samverkan och informationsöverföring från alla parter. Granskningen har resulterat i en handlingsplan med flera framtagna åtgärder, som krävs både inom omsorgen och inom rehabiliteringsverksamheten. Åtgärder som planerats av verksamhetschef för rehabilitering är bland annat att förbättrad samverkan och öka handledning från legitimerade medarbetare. En till åtgärd är obligatorisk introduktionsutbildning för nyanställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att höja kompetensen i att överlämna/delegera åtgärder. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter har även deltagit i en workshop genomförd av MAR med syfte att höja legitimerade medarbetares kompetensen kring hälso- och sjukvårdsansvar i samband med överlämnande av ordinerade åtgärder. MAR konstaterar även att införande av ett digitalt system för att lämna över instruktioner

och signera utförda åtgärder samt en påminnelsefunktion troligtvis skulle öka möjligheten att ordinerade åtgärder blir utförda, alternativt skulle bristerna bli lättare att identifiera.

I stadsrevisionens bedömning av den palliativa vården och omsorgen (se kapitel 2.4) lämnades rekommendationer till nämnden för funktionsstöd att vidta åtgärder för att beslutade åtgärder på ordination och delegation verkställs. Även äldre samt vård- och omsorgsnämnden fick rekommendation att säkerställa att beslutade palliativa hälso- och sjukvårdsåtgärder verkställs. Båda nämnderna fick rekommendation att säkerställa att dokumenteringen sker på ett ändamålsenligt sätt samt att avvikelser rapporteras enligt rutin. Även granskningen utförd av MAR styrker behovet av att öka följsamheten till att utföra åtgärder på ordination och delegation. Handlingsplanen är en del för att åtgärda bristerna och behöver förstärkas med digitala lösningar, som till exempel digitalt system för signering med en påminnelsefunktion samt säker digital kommunikation mellan enheterna.

Specificerade listor på grundutrustning utifrån olika verksamhetsområdens behov

Under året har tidigare lista för grundutrustning reviderats och nya listor har skapats gällande vilken grundutrustning som är relevant för olika verksamhetsområden. I stadens styrande dokument finns nu separata listor för vård- och omsorgsboende, korttidsboende, hemtjänst, boende med särskilt stöd, korttidsboende inom Förvaltningen för funktionsstöd daglig verksamhet samt hospice publicerade.

Nytt register för medicintekniska produkter

Enligt lagstiftning är varje vårdgivare skyldig att kunna spåra den medicintekniska utrustning som vårdgivaren äger. Under hösten 2023 har ett nytt IT-stöd skapats för registrering av befintliga och nya medicintekniska produkter. Detta då systemet där den tidigare databasen fanns håller på att avvecklas samt brister vid användande och vid spårbarhet hade identifierats. Det nya registret beräknas vara i full drift under 2024.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Egenkontroll journalgranskning hälso- och sjukvårdsjournal

För avdelning hälso- och sjukvård är journaldokumentation ett prioriterat område. Under de senaste två åren har det gemensamma arbetet över staden stärkts exempelvis genom dokumentationsgrupper och genom fördjupade uppdrag inom dokumentation. Även egenkontroll genom journalgranskningar har utförts. För ytterligare information se kapitel 2.2.2 Informationssäkerhet.

Egenkontroll medicintekniska produkter inom avdelning hälso- och sjukvård

Som en del av systematiskt patientsäkerhetsarbete har avdelning hälso- och sjukvård genomfört funktionskontroller av medicintekniska produkter som används och ägs av avdelningen. Exempel på sådana produkter är dynamometer för handträning, TENS, diskdesinfektorer och Bladderscan. Egenkontrollen visar inga allvarliga brister och några enstaka mindre brister som har åtgärdas. Det framkommer förbättringsområde angående administrering kring produkterna, exempelvis att IT-stödet för registrering av produkter är svårhanterad. Som

beskrivet ovan ska ett nytt IT-stöd implementeras under 2024.

Egenkontroller följsamhet till basala hygienrutiner

Även om basala hygienrutiner och klädregler inte är hälso- och sjukvård redovisas här resultat och analys från alla förvaltningens egenkontroll. Mätningar har utförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler både genom självskattning och observation.

Resultaten varierar mellan självskattning och observation, där observationer oftast visar lägre följsamhet till basala hygienrutiner. Det finns indikationer på att följsamheten har förbättrats under året då mätningarna på hösten visar på ett bättre resultat än de på våren. Huvudfokus framöver är förbättring av korrekt användning av handdesinfektion och handskar. Vissa verksamheter behöver även fortsätta arbeta med att uppfylla hygieniska krav i ryggsäckar samt öka kunskapen om vilken utrustning som krävs vid misstanke och konstaterad luftvägsinfektion.

Under andra halvåret genomfördes även vårdhygienisk egenkontroll utifrån arbetssätt framtagen av "Svensk Förening för Vårdhygien". Resultatet visar att verksamheterna har påbörjat arbetet med att säkerställa att vårdhygieniska riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla medarbetare. Verksamheterna har även utsett medarbetare med fördjupat uppdrag inom hygien, vilka har genomgått relevant utbildning för att kunna tillämpa sina kunskaper i praktiken. Andra initiativ inkluderar utnämningen av kontaktchefer i hygien, planer för att starta upp nätverk under 2024 samt framtagandet av övergripande rutiner för att förebygga och motverka smitta och smittspridning.

Granskning av informationsöverföring via hälso- och sjukvårdspärm

Medicinskt ansvariga genomförde under våren 2023 en granskning av pärmar som fanns hos patienter som bodde i ordinärt boende. På grund av låg svarsfrekvens hos legitimerade medarbetare kan inga säkra slutsatser dras. Det finns indikationer på att det finns skillnader på vilken information som förvaras i pärmen och vart den placeras. Det finns även indikationer på att det i vissa pärmar är rörigt samt att det förvaras inaktuell material, vilket kan ge missvisande information och skulle kunna innebära en patientsäkerhetsrisk. Avdelning hälso- och sjukvård har nyligen börjat ett arbete för att förbättra innehåll och hantering av pärmar. Ett digitalt kommunikationssystem mellan verksamheterna samt ett digitalt signeringssystem vore de bästa lösningarna för att säkra informationsöverföringen.

Nämnden för funktionsstöd

Egenkontroller följsamhet till basala hygienrutiner

Genomförda observationer och självskattningar av basala hygienrutiner visar på hög följsamhet. Huvudfokus framöver är förbättring av korrekt användning av handdesinfektion före och efter vård- och omsorgsarbete. Utsedda medarbetare med fördjupat ansvar i hygien har utbildats under året med syfte att säkerställa god följsamhet och kvalitet.

Granskning av delegeringar utfärdade av sjuksköterska

Hösten 2022 utförde MAS en granskning av delegeringar, vilken rapporterades i januari 2023. Granskningen gällde hälso-och sjukvårdsåtgärder som sjuksköterska

delegerade till medarbetare inom bostad med särskilt stöd och service. Underlaget var införda delegeringar i IT-stödet Treserva samt intervjuer med sjuksköterskor och medarbetare inom bostad med särskilt stöd och service. Granskningen visade på okunskap i hantering av IT-stödet. Flera delegeringar var inaktuella och analys visade ett samband till brister i informationsutbyte när någon avslutade sin tjänst. Det fanns delegeringar i för stora geografiska områden samt en ojämn fördelningen mellan sjuksköterskor gällande antalet delegeringar de ansvarade för.

En handlingsplan har tagits fram i ledningsgruppen och uppföljning sker med ledning av verksamhetschef. Granskningens resultat samt dialog och beslut om åtgärder har skett på verksamhets- och enhetsnivå. En handlingsplan har tagits fram för att omhänderta förbättringsområdena. Exempel på åtgärder är att under september 2023 genomfördes workshops för sjuksköterskor där MAS deltog. Andra åtgärder är bland annat implementera checklista för månadsvis avstämning samt skapa rutin för regelbunden genomgång av riktlinje och rutin för läkemedelshantering samt delegeringar och ordinationer.

Socialnämnden Sydväst

Egenkontroller följsamhet till basala hygienrutiner

Årets två observationer och självskattningar av basala hygienrutiner visar vissa brister. I sin helhet ger självskattningen och observationen en värdefull riktning för verksamheten att jobba med. För att få ökad kvalitet i basala hygienrutiner genomfördes bland annat kartläggning av medarbetare som har behov av utbildning och sedda har sedan gått utbildning under hösten. Även utsedda medarbetare har fått fördjupat ansvar i hygien med syfte att säkerställa god följsamhet och kvalitet. De har gått utbildning under hösten.

3.3 Säker vård här och nu

Gemensamt för de tre nämnderna

Två av målen i 2022 års patientsäkerhetsberättelse var utifrån omställningen till nära vård:

1. Hälso- och sjukvården ska anpassa verksamheten till omställningen Nära vård
2. Hälso- och sjukvården ska anpassa verksamheten till omställningen Nära vård genom att stärka digitaliseringen.

Under 2023 har stadens arbetsgrupp för att samordna och driva arbetet med omställningen till nära vård och omsorg fortsatt arbeta. Bland annat har en konferens anordnats för chefer och andra personer med ledande och utvecklande funktioner så som MAS och MAR. I arbetsgruppen ingår de tre förvaltningarna samt även förskoleförvaltningen, grundskoleförvaltningen och de tre andra socialförvaltningarna. Genom arbetsgruppens arbete i att ta fram strategier för omställningen omhändertas mål ett. De är även delaktiga i omhändertagande av mål två tillsammans med de tre förvaltningarna.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

IVO har en pågående tillsyn av medicinsk vård och behandling på vård och omsorgsboenden i Sverige. 293 kommuner och stadsdelar har tillsynats. I början av 2024 kommer IVO tillbaka till 152 kommuner och stadsdelar, varav Göteborgs stad är en. Under 2023 utförde IVO tillsyn under mars månad i Göteborg stad (Diarienummer N160-1821/22). IVO intervjuade sjuksköterskor från de fyra stadsområdena, granskade patientjournaler, lämnade enkät till patienter, intervjuade MAS och hade dialogmöte med verksamhetsledningen för avdelning hälso- och sjukvård, förvaltningsdirektör och nämndordförande.

IVO bedömde att det fanns brister i att vård- och omsorgsmedarbetare inte alltid hade den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. Samt att en del av kompetensbristen handlade om att medarbetare hade otillräckliga kunskaper i svenska språket. Avdelning vård och omsorgsboende arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling och säkerställande av kunskaper i svenska för medarbetare. Exempelvis genom att utbilda språkstödjare och planer finns för att upprätta metodrum där kontinuerlig utbildning kan genomföras.

IVO bedömde att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte alltid skedde enligt regelverk då det saknades vårdplaner i flera av de granskade journalerna. Avdelning hälso- och sjukvård har sedan 2022 arbetat med att förbättra dokumentationen, se kapitel 2.2.2, och det är fortsatt prioriterat område för avdelningen. Skriftlig kommunikation mellan legitimerade medarbetare och vård- och omsorgsmedarbetare sker idag via pärmar. Alla förvaltningar anser att möjlighet till säker digital kommunikation bör prioriteras. IVO menade även att kombinationen bristande dokumentation och bristande personalkontinuitet utgav en patientsäkerhetsrisk. Förvaltningen har i många år arbetat med att stärka kontinuiteten och vara en attraktiv arbetsgivare. Det är ett område som är högt prioriterat i hela förvaltningen. För exempel på åtgärder som avdelning hälso- och sjukvård utfört under 2023 se kapitel 2.4

IVO framförde att det saknades tillräckliga förutsättningar för delegerad vård- och omsorgsmedarbetare att ge läkemedel på ett patientsäkert sätt. Samt att det saknades dokumenterade läkemedelsgenomgångar i granskade journaler. Förvaltningen har genomfört flera åtgärder för att säkra läkemedelshantering, inkluderat bland annat digital läkemedelsutbildning se kapitel 3.4.1. Farmaceuter är ytterligare ett sätt att säkra läkemedelshantering, se kapitel 2.4. Läkemedelsgenomgångar är inte kommunalt ansvar utan åligger regional primärvård. Det dokumenteras därför i läkarjournal på vårdcentralen. Men för att säkra läkemedelsbehandling genomför farmaceuter läkemedelsgenomgång när en person kommer till en korttidsenhet.

IVO bedömde att vården i livets slutskede inte skedde enligt regelverk utifrån att granskade journaler inte innehöll en åtgärdskod för brytpunktsamtal. Dock är det enligt Socialstyrelsen inte kommunal primärvård som ska utföra och därmed dokumentera brytpunktssamtal, utan regional primärvård. Därför dokumenteras den aktuella åtgärds-koden i läkarjournal på vårdcentralen. I den kommunala primärvårdens journal dokumenteras deltagande vid/information från brytpunktsamtal under en annan kod. Palliativ vård och vård i livets slutskede är ett

prioriterat område för förvaltningen, se kapitel 2.4 samt 3.2

IVO framförde kritik gällande ansvar som åligger annan huvudman då de bedömde brister i läkarkontinuitet och i dokumentation av åtgärder som åligger läkaransvaret, exempelvis att dokumentera läkemedelsgenomgångar och brytpunktsamtal. Detta är förbättringsområden som Göteborgs Stad endast kan framföra till de andra vårdgivarna samt skriva avvikelser vid inträffade händelser.

3.3.1 Riskhantering

Gemensamt för de tre nämnderna

Vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har huvudansvaret för verksamhetens kvalitet och ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 och patientsäkerhetslagen 2010:659. I det systematiska kvalitetsarbetet ska förvaltningarna arbeta förebyggande och riskanalys utifrån patientsäkerhet är en obligatorisk del. Även utifrån arbetsmiljölagen görs riskanalyser som kan komma att beröra patientsäkerhet.

Risk definieras som en önskad händelse som, om den inträffar, kan förhindra eller försvåra arbetet i organisationen. Riskanalys ska utföras när det finns risk för oönskade händelser, exempelvis vid förändring av en verksamhet och innan nya arbetssätt tillämpas. Det ska göras innan ändringen genomförs och avse tiden efter genomförd förändring. Även förändringsarbete i sig kan utgöra en risk. Resultatet av riskanalyserna leder fram till handlingsplan. Riskanalyser bidrar till ett ökande lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten. Vid behov ger MAR och MAS stöd i processen.

Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter och deras närstående ges möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet. Det kan ske genom medverkan när riskbedömning och handlingsplan görs.

Under 2023 har inga riskanalyser som berör alla tre förvaltningar genomförts.

Utöver nedan givna exempel på riskbedömningar utifrån verksamhetsförändringar, utförs dagligen riskbedömningar för patienter av medarbetare. Det ingår som ett steg vid beslut av hälso- och sjukvårdsåtgärder och vid utförandet av åtgärderna. Exempelvis inför delegering av läkemedelshantering, sårvård, träning eller vid förskrivning och användning av hjälpmedel.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Under 2023 har bland annat följande riskanalyser utifrån patientsäkerhet genomförts i förvaltningen utifrån verksamhetsförändringar:

Riskanalys enligt LIS, se kapitel 2.2.2

Under senare delen av 2023 hade antalet smittade i Covid-19 ökat, vilket medförde att förvaltningen startade igång Covidsamordningsgrupp. Syftet med gruppen var att samordna förvaltningens arbete för Covid-19 och de möttes varje vecka. Vårdhygien uppdaterar vid behov de riktlinjer och rutiner som Göteborgs stad följer, vilket inkluderar rutin för att förebygga smittspridning. I januari 2024 avslutades Covidsamordningsgruppen då det inte längre fanns samordningsbehov.

Det eftersom smittspridningen av Covid-19 var låg inom verksamheterna och enstaka utbrott hanteras enligt rutiner.

Risikanalys i ett stadsområde utifrån att sjuksköterskor tjänstgörande inom vård- och omsorgsboenden utgår från hälso- och sjukvårdskontoren. Flera framkomna risker bedöms säkras upp genom att berörda medarbetare följer befintliga riktlinjer och rutiner, till exempel gällande kommunikation- och informationsöverföring. Gemensamt APT information har kommunicerats ut i december.

Risikanalys i ett stadsområde inför införandet av regional Asih. Risker identifierade för kommunikation och informationsöverföring, samverkan, ansvarsfördelning av åtgärder, säker läkemedelshantering och delegering. För att omhänderta riskerna har samverkansmöten på olika organisatoriska nivåer pågått. Ett stort fokusområde har varit läkemedelshantering.

Risikanalys nytt arbetssätt för farmaceuters arbete i KAF, vilket ledde till att en rutin gällande Farmaceuters arbete i KAF skrevs.

I ett stadsområde utfördes riskanalys utifrån att kylskåp för förvaring av läkemedel var för litet för verksamhetens behov. Det försvårade en bra översyn över befintliga läkemedel och en risk att temperaturregleringen inte går att säkerhetsställa. Ett nytt kylskåp inhandlades för förvaring av läkemedel.

Utifrån förändring när måltidsuppehåll måndag-torsdag kväll ersätts av rast för sjuksköterskor utfördes riskanalys. Åtgärdas med justering i schema för att motverka ensamarbete.

Risikanalyser när läkemedelsstöld/svinn upptäcks från personbundna läkemedelsskåp, läkemedelsrum och KAF. Flera läkemedelsrum och KAF har försetts med spårbart tillträde och kameror, under 2024 kommer det arbetet fortsätta. Det finns ett stort behov av digitala läkemedelsskåp för spårbart tillträde.

Nämnden för funktionsstöd

Under 2023 utfördes bland annat riskanalys utifrån patientsäkerhet angående risk för vårdskada på ett boende på grund av det var stor andel tillfällig omsorgsmedarbetare där. På boendet förekom många och avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Förvaltningen omhändertog åtgärder utifrån identifierade risker vilket medförde att risken för vårdskada minskade.

Socialnämnden Sydväst

Inga riskanalyser utifrån patientsäkerhet utöver de som nämns ovan är utförda.

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

3.4.1 Avvikelser

Gemensamt för de tre nämnderna

Legitimerade medarbetare och vård- och omsorgsmedarbetare som utför hälso-och sjukvård är skyldiga att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Det inkluderar att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller

kunnat medföra en vårdskada. Vid inträffade händelser vidtas omedelbara åtgärder för patienten av medarbetare och enhetschef.

Avvikelse och risk för avvikelse rapporteras i IT-stödet Treserva. Många medarbetare och chefer upplever att systemet är svårhanterlig. Enhetschef analyserar, bedömer, utreder, åtgärdar och följer upp avvikelserna på enheten samt återkopplar till medarbetare. Hantering av avvikelser finns beskriven i förvaltningens ledningssystem. Ett led i det systematiska förbättringsarbetet ska vara regelbundna sammanställningar och analyser av avvikelser på olika organisatoriska nivåer. IT-stödet Treserva har fortsatt begränsade möjligheter för verksamheterna att ta fram statistik inför analys. Orsaken är att det finns flera felkällor i statistiken vilket bland annat beror på att rapportören själv behöver välja mellan flera kategorier samt avgöra i vilket lagrum händelsen skedde. Hanteringen i systemet försvårar för avvikelser att skickas mellan förvaltningarna. Det finns avvikelser som dubbelrapporterats av misstag eller som skickats till fel utredande enhet. Detta kan leda till brister i hanteringen, exempelvis att avvikelse inte blir omhändertagen eftersom den inte syns för berörd chef. Det kan i sin tur bidra till otydlig ansvarsfördelning och risk för försenat omhändertagandet av avvikelsen.

Avdelning hemtjänst utför på uppdrag av legitimerade medarbetare ordinerade och delegerade åtgärder för patienter utan beslut om hemtjänst. Avdelningen ser risk för brister i hantering av avvikelser som rör dessa patienter eftersom IT-stödet Treserva inte kan användas på grund av att patienterna inte finns inlagda i systemet. I stället ska reservrapport för rapportering av avvikelser användas för avvikelserapportering. Det medför att dessa avvikelser hamnar utanför IT-stödet.

Förvaltningarna arbetar gemensamt för att påverka förändringar i IT-stödet Treserva. I arbetet ingår även att förbättra Göteborgs Stads process för avvikelshantering, exempelvis för att utreda ansvarsfördelning och samverkan vid utredning av händelser som rör flera enheter. Arbetet samordnas av förvaltningen för funktionsstöd.

MAS och MAR har skapat ”Vägledning för enhetschef vid bedömning av allvarlighetsgrad vid avvikelser” för att enhetschefer ska ha ett stöd i sin bedömning av avvikelser. Vid bedömning av händelsens allvarlighetsgrad ska medicinskt ansvarig kontaktas om händelsen bedöms vara så allvarlig att det finns risk för eller har orsakat en allvarlig vårdskada.

De vanligaste förekommande händelserna rör läkemedelshantering, fall, brister i informationsöverföring och bristande följsamhet till ordinerade och delegerade åtgärder. Antalet skrivna avvikelserapporter som avser brister i följsamhet till ordinerade och delegerade åtgärder har ökat något under 2023 jämfört med 2022. Ett IT-stöd för digital signering med påminnelsefunktion bedöms vara förutsättningen för få en ökad följsamhet till utförandet av ordinerade och delegerade åtgärder. En del avvikelser handlar om intern samverkan mellan legitimerade medarbetare och i samverkan med övriga verksamheter. Se även kapitel 2.2.1 samt 2.5

Läkemedel

För alla tre förvaltningar är den största andelen avvikelsen inom hälso- och sjukvård avvikelser relaterat till läkemedelshantering. Det gäller att ha i åtanke att

antalet rapporterade läkemedelshändelser motsvarar cirka 1 % av ordinerade doser. Den vanligaste händelsen är att läkemedel inte har givits, andra vanliga är utebliven signering, förväxling av läkemedel, läkemedel saknas och läkemedel har getts på felaktigt sätt. Dessa avvikelser blir hanterade omgående när de upptäcks då delegerad medarbetare som upptäcker en missad dos ska kontakta tjänstgörande sjuksköterska för vidare hantering. Orsaken till läkemedelsavvikelser beror oftast på bristande kommunikation och informationsöverföring, otydliga ordinationskort, att medarbetare inte följt de rutiner som finns eller glömmar att ge läkemedel. Exempel på brister i följsamhet till rutiner är att medarbetare inte räknat antal tabletter eller uppmärksammat klockslag på doskort och dospåse. Det missas även att ge läkemedel på grund av otydliga ordinationskort och bristande noggrannhet eller när patienten har tillfälliga läkemedel. Vård och omsorgsboendena har även uppmärksammat att när läkemedel ges på udda tider, eller vid skifte av arbetspass är avvikelseorsaken ofta att de glöms bort. Att flest avvikelser rapporteras just inom läkemedelshantering handlar om det stora antalet doser som hanteras dagligen, men även om att det finns ett inbyggt kontrollsystem i form av läkemedelslistor, signeringslistor och dosrullar. Det medför att det syns tydligt om doser inte är givna, givna men inte signerade och så vidare, vilket i sin tur resulterar i en rapporterad avvikelse. Inom avdelning hälso- och sjukvård handlar flertalet läkemedelsavvikelser om de administrativa uppgifterna, till exempel att hålla nödvändiga dokument (exempel ordinationslista) uppdaterade i hälso- och sjukvårdspärmen hemma hos patienten.

Läkemedelshanterings- och delegeringsprocesserna är omfattande och komplexa och utgör en stor del av sjuksköterskans arbete och ansvar. Sjuksköterskan har ett stort ansvar vid riskbedömning inför delegering av vård- och omsorgsmedarbetare. Beslut behöver tas om delegering utifrån om åtgärden är lämplig att delegera, och om den enskilda vård- och omsorgsmedarbetaren är lämplig att delegera till. Under våren 2024 kommer läkemedelsutbildning ske digitalt vilket kommer medföra en kvalitetssäkring att de medarbetare som får delegering för läkemedelshantering har goda kunskaper.

Exempel på åtgärder som vidtagits av avdelningarna under året är:

- Sjuksköterskor har genomgått utbildning i säker läkemedelshantering
- En checklista är skapad för den egenkontroll sjuksköterskor ska göra utifrån riktlinje för läkemedelshantering
- Fördjupning av kunskap inom läkemedelshantering och delegerade uppgifter för alla medarbetare på APT eller för de som har behov.
- Indragna delegeringar och ökad noggrannhet vid förnyelse av delegering
- Strukturerat upp planering av arbetsdagen på vård- och omsorgsboenden bland annat genom checklistor
- Påminnelse och genomgång av läkemedelslistor i slutet av arbetspassen på Vård och omsorgsboenden

Under året har även välfärdsteknik så som läkemedelsautomat testas på ett vård- och omsorgsboende. Det finns ytterligare digitala lösningar som skulle göra stor skillnad utifrån patientsäkerhet och för att minska administrationen. De två främsta

är digital signering med påminnelsefunktion samt digital kommunikation till exempel via dokumentationssystemen. Ett digitalt system där ändringar kan registreras i direkt skulle även bli mindre resurskrävande eftersom en förändring i patientens läkemedelsordination idag innebär att en sjuksköterska måste åka ut till patienten för att byta ut signeringslistor, läkemedelslistor i hens läkemedelsskåp.

Stölder/svinn av narkotikaklassade läkemedel

För alla förvaltningar finns en utmaning i att arbeta förebyggande för att förhindra stöld av narkotikaklassade läkemedel. Tillgången till narkotikaklassade läkemedel är hög utifrån kommunal primärvårds uppdrag. Verksamheterna har ansvar både för att säkra att patienter får sina läkemedel och för att säkra hanteringen av narkotikaklassade läkemedel för medarbetarna. Vid stölder vidtas omedelbara åtgärder såsom polisanmälan, byte av koder och intensifierat kontrollräkning av läkemedel. Stölderna har minskat på de vård- och omsorgsboende som arbetat med olika åtgärder.

Stölder i KAF (Kommunalt akutläkemedelsförråd) verkar generellt ha minskat under året, och kan tolkas som ett resultat av utförda åtgärder initierade av enhetschefer, exempelvis minskning av antalet förråd och installation av övervakningskameror. Stölder av patientens personliga läkemedel verkar tyvärr ha ökat och även mer utstuderade metoder har använts. Exempelvis har läkemedel stulits från patients APO dos-rulle och ersatts med icke narkotiskt preparat, vilket antas kan ha medfört ett större lidande för patienten.

Digitala läkemedelsskåp är lösningen till många av dagens problem med stölder av narkotikaklassade läkemedel, exempelvis då endast medarbetare med behörighet får tillgång och där varje öppning av läkemedelskåpet loggas och blir spårbart. Arbetet med att införa digitala läkemedelsskåp är påbörjat. Äldre vård- och omsorgsförvaltningen lyfte problematiken med läkemedelsstölder/svinn som en risk i delårsrapport 3. Förvaltningen har tillsatt en arbetsgrupp för att hitta lösningar för motverkan av läkemedelssvinn. Det finns planering för att arbetet ska spridas till Förvaltningen för funktionsstöd samt Socialförvaltningen sydväst. Det är en prioriterad fråga i förvaltningarna och kommer arbetas vidare med.

Externa avvikelser

Rapporteringssystemet Medcontrol Pro (MCP) har medfört att avvikelser i samverkan mellan vårdgivare och omsorgsgivare syns tydligare. Förutom att avvikelser ska tas upp på Nosam i varje stadsområde lyfts de även i olika samverkansforum över hela regionen.

Statistiken visar att kommunen skriver övervägande andel avvikelser. Första halvåret 2023 rapporterades 342 avvikelser i samverkan från någon i staden till en annan vårdgivare. Under samma tidsperiod rapporterades 114 avvikelser från annan vårdgivare till Göteborgs Stad. Statistiken inkluderar både vård- och omsorg, myndighetsutövning och hälso- och sjukvård. Vanligast är att brister i kommunikation och information (inkluderat dokumentation) samt bristande följsamhet till befintliga rutiner/riktlinjer eller att rutin inte är tillräcklig. Kommunerna saknar behörighet att själv ta fram statistik ur systemet då systemet tillhandahålls av Västra Götalandsregionen, varav djupare analys inte kan utföras.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Avvikelser inom avdelning hälso- och sjukvård handlar främst om försenad eller utebliven hälso- och sjukvårdsåtgärd, brister i tillgänglighet till sjuksköterska/jourtelefon, brister i informationsöverföring och brister i dokumentation. Förbättringsarbete pågår kontinuerligt inom alla områdena, se till exempel kapitel 2.2 och 2.4 Varje enhet arbetar även med förbättringsåtgärder, exempelvis finns planer inom ett stadsområde att på natten ha ett team som hanterar patienter med behov av akuta besök i hela stadsområdet.

Nämnden för funktionsstöd

Inom funktionsstödförvaltningen är brister om informationsöverföring och samverkan kopplat till brist av arbetssätt och rutin för samverkan. Även okunskap om varandras uppdrag och olika kunskapsnivå kan bidra till bristerna. Förvaltningarna arbetar gemensamt med området, se exempel kapitel 2.2.1 och 2.5

Socialnämnden Sydväst

Inom Socialförvaltningen har brister i kommunikation och samverkan mellan vård- och omsorgsmedarbetare och legitimerade medarbetare uppmärksammats. Den nya samverkansrutinen är en åtgärd för att stärka samarbetet, se kapitel 2.2.1 och 2.5 samt omorganisering inom avdelning hälso- och sjukvård. Det har även uppmärksammats att Medcontrol Pro behöver implementeras än mer.

Antalet rapporterade avvikelser gällande läkemedel och delegering har minskat jämfört med tidigare år. Inför 2024 planeras att inkludera hälso- och sjukvårdsavvikelser i berörda verksamheters verksamhetsplan. Det ska ske genom regelbunden aktivitet för att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdsavvikelser. Fokus under 2024 är att se över området läkemedel.

3.4.2 Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål framförs av patient och deras närstående via medarbetare, ansvarig chef, förvaltningsbrevlåda eller stadens synpunktshantering. Klagomål och synpunkter inkommer även via patientnämnden eller IVO.

Inkomna klagomål och synpunkter utreds och utgör underlag förbättringsåtgärder. Ärendet utreds i första hand i den verksamhet där händelsen ägt rum. Fokus i utredningen är att hitta systemfel. Brister åtgärdas och ligger till grund för verksamhetens förbättringsarbete. Allvarliga klagomål och synpunkter tas upp i ledningsgrupper liksom sammanställningar över synpunkter och klagomål. Vissa synpunkter föranleder internutredning eller att medicinskt ansvarig gör en granskning inom området. Många synpunkter kommer till verksamheternas muntligt och åtgärdas direkt vilket medfört att de inte registreras enligt rutin.

Inom Socialförvaltningen Sydväst och inom förvaltningen för funktionsstöd har inga synpunkter gällande vårdåtgärder diarieförts.

I avdelning hemtjänst och vård- och omsorgsboende på äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har det endast diariefört enstaka synpunkter rörande hälso- och sjukvård. Utifrån det låga antalet synpunkter går det inte att göra någon

generell analys. Avdelning vård och omsorgsboende har uppmärksammat att utifrån de åtgärderna utfördes efter synpunkt har resultatet för patienten blivit förbättrad vård och omsorg samt ökad nöjdhet med återkoppling och bemötande.

Även för avdelning hälso- och sjukvård har det diarieförts för få synpunkter för att kunna utföra en samlad analys. Det har under året inkommit flera positiva synpunkter gällande hög kompetens, bemötande och omhändertagande av såväl patient som närstående. Negativa synpunkter som diarieförts har varit om dokumentation, utförd eller missad hälso- och sjukvårdsåtgärd, bemötande, brister i samverkan och informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och vård- och omsorg. Två inkomna synpunkter har hanterats med hjälp av MAS med anledning av att de bedömts vara av allvarlig art.

IVO har tagit emot tolv klagomål som översänts till hälso- och sjukvårdsavdelningen på äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen för utredning.

Patientnämnden har under 2023 tagit emot en synpunkt som gäller hälso- och sjukvård utförd i Göteborgs Stad. Patientnämnden ska enligt lag uppmärksamma och synliggöra riskområden och hinder för utveckling av vården. Patientnämnderna tar därför fram rapporter med fokus på teman och problemområden i inkomna synpunkter och klagomål. Få klagomål rör den kommunala primärvården.

3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

En kontinuitetsplan innehåller information för medarbetare om vad som ska göras vid en kritisk störning så att verksamheten kan fortsätta med viktiga arbetsuppgifter.

Avdelningen hälso- och sjukvård på äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen genomför årligen den riskanalys som krävs enligt NIS-direktivet (se även kapitel 2.2.2).

Kontinuitetsplan tas fram för avdelningen hälso- och sjukvård på äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Under våren 2024 kommer alla kontor få pärmar som innehåller planen, så kallade ”Kontinuitetspärmar”.

Socialnämnd Sydväst har en kontinuitetsplan. Synkning behöver göras med den plan avdelning hälso- och sjukvård har, för att säkerställa att det inte finns brister.

Nämnden för funktionsstöd har en övergripande kontinuitetsplan samt verksamhetsspecifika planer som behöver samordnas med avdelning hälso- och sjukvård på äldre samt vård- och omsorgsförvaltningens kontinuitetsplan.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅREN

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 ansvarsfördelning angående vårdgivaransvar är utgångspunkt. Även ”Nationell handlingsplan för patientsäkerhet” och omställningen till god och nära vård utgör grund.

Aktivitet:

- 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

Aktivitet:

- 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 avdelning hälso- och sjukvård
- Fortsätta utveckla och implementera Närområdessamverkan (Nosam).
- Med syfte att få förbättrat arbetssätt kring vårdssamverkan, ta fram förslag på samarbetsorganisation för att säkra vårdövergångar mellan slutenvården och kommunal primärvård.

Målområde 2: Kunskapshöjning

Aktivitet:

- Utifrån den kommande länsgemensamma ”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

5 Bilagor

5.1 Bilaga 1.1 Ansvarsfördelning patientsäkerhet

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. För att kunna garantera patientsäkerheten enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) är det nödvändigt med en ansvarsfördelning, där det är tydligt vem som gör vad så att inga uppgifter faller mellan stolarna. Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 har också en ansvarsfördelning tidigare fastställts i förvaltningen.

Ansvarsfördelningen bygger på att ansvarig person kan ta beslut, har tillräckliga resurser i form av tid, pengar, lokaler, medarbetare, kunskaper och kompetens.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden ansvarar som vårdgivare och huvudman för att

- formulera övergripande strategier och uppföljningsbara mål för patientsäkerhetsarbetet
- skapa förutsättningar, både ekonomiska och personella, för ett fungerande patientsäkerhetsarbete
- fortlöpande hålla sig informerade om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet

Förvaltningsdirektör ansvarar för

- fördelning av resurser för att systematiskt och fortlöpande säkra kvaliteten

Verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslag ansvarar för att

- organisera patientsäkerhetsarbetet
- handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- informera chefer om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer
- att tillsammans med övriga verksamhetschefer för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvariga upprätta förvaltningens förslag på patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen
- ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- ledningssystemets hälso- och sjukvårdsprocesser samt rutiner tas fram, fastställs och uppdateras
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvårds- och patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att

- utarbeta riktlinjer enligt lagstiftning och följa upp att verksamheterna arbetar systematiskt med patientsäkerhet
- informera om lagar och riktlinjer samt utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet
- samverka med avdelningschef och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
- samverka med avdelningschefer och verksamhetschefer i de avdelningar

och förvaltningar där hälso- och sjukvård bedrivs.

- följa upp verksamheterna med utgångspunkt i lagkrav och i samråd med verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt föreslå förbättringsåtgärder utifrån identifierade brister
- analysera patientsäkerhetsarbetet och dra slutsatser som kan användas i verksamheten för att förbättra patientsäkerheten
- delta när handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- ta emot, utreda och anmäla allvarliga risker, händelser och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt anmäla till individutskott

Avdelningschefer i de avdelningar och förvaltningar där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs

- informera avdelningschef för hälso- och sjukvård samt verksamhetschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvariga vid planering av förändringar som kan ha betydelse för patientsäkerheten
- samverka med avdelningschef och verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- framföra behov av investeringar för patientsäkerhetsarbetet till nämnden

Avdelningschef för hälso- och sjukvård ansvarar dessutom för att

- rapportera legitimerad medarbetare som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt delegationsordning äldre samt vård- och omsorgsnämnden daterad 2022-01-03.

Övriga verksamhetschefer i de avdelningar och förvaltningar där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs

- organisera patientsäkerhetsansvaret inom sina verksamheter
- åtgärda brister i patientsäkerheten i samverkan med verksamhetschef för hälso- och sjukvård
- ansvara för att det görs riskbedömningar fortlöpande, och inför förändringar som har betydelse för patientsäkerheten
- samverka med verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- följa upp handlingsplaner för patientsäkerhet
- enhetschefer/gruppchefer informeras om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer. Detta ska ingå i introduktion av ny chef.
- lämna underlag till patientsäkerhetsberättelsen
- följa upp och analysera kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet

Enhetschefer i de avdelningar och förvaltningar där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs

- organisera patientsäkerhetsarbetet inom sitt ansvarsområde
- biträda verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- delta i planering av förändringar som har betydelse för patientsäkerheten
- ge patienterna och deras närstående möjlighet att lämna synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- bistå med dokumentation till patientsäkerhetsberättelsen

- tillhandahålla utrustning för hygienrutiner och ansvara för att de tillämpas
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten
- utreda och åtgärda risker och avvikelser och rapportera till närmaste chef och medicinskt ansvariga enligt rutin
- rapportera vårdskador och allvarliga händelser till verksamhetschefer och medicinskt ansvariga
- medarbetarna får information och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer med mera för att förebygga vårdskador. Momenten ska ingå i introduktionen för alla medarbetare.
- arbeta med patientsäkerhetsfrågor tillsammans med medarbetarna
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdens legitimerade medarbetare ansvarar för att

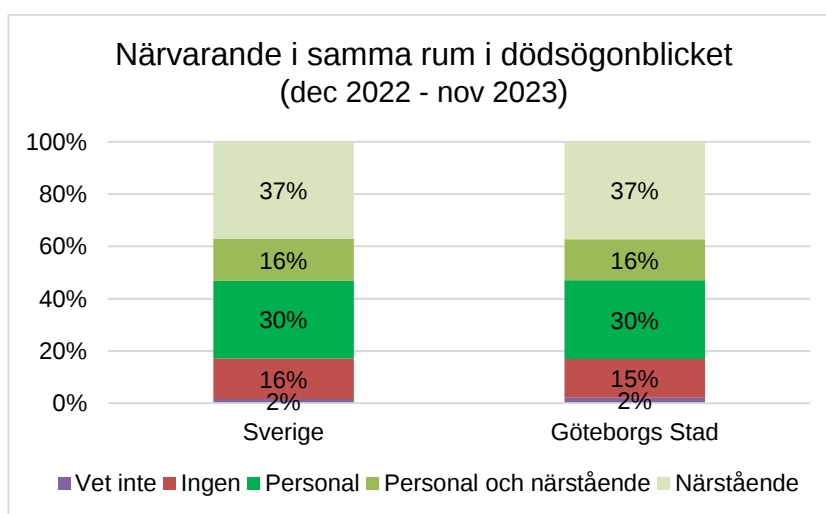
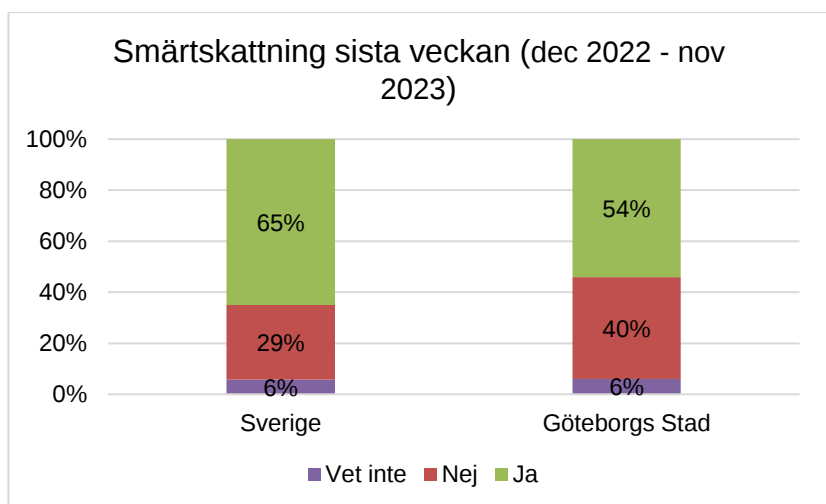
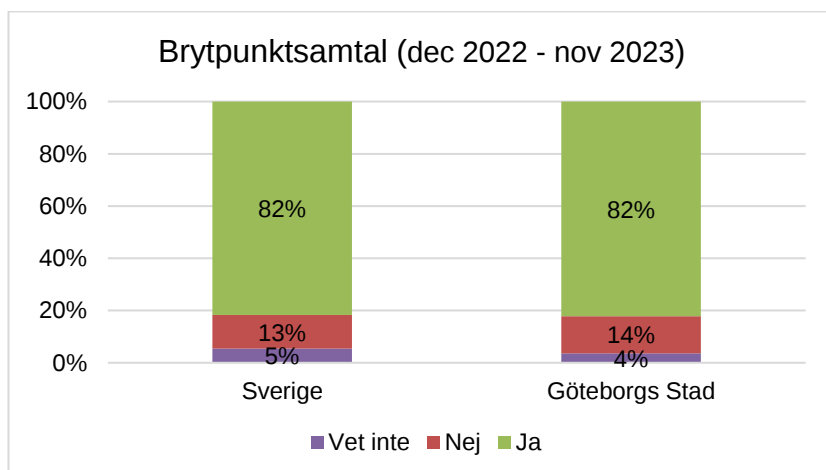
- göra riskbedömningar fortlöpande på individ och gruppnivå med utgångspunkt i patientsäkerhet
- rapportera risker och avvikelser i verksamheten till närmaste chef
- följa föreskrifter, riktlinjer och rutiner samt använda de arbetsmetoder, de verktyg och den utrustning som behövs för att förebygga vårdskador och säkerställa patientens säkerhet
- uppdatera sig och ge information till patienter, medarbetare och närstående i patientsäkerhetsfrågor
- medverka i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Medarbetare som på uppdrag av legitimerad medarbetare utför hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering ansvarar för att

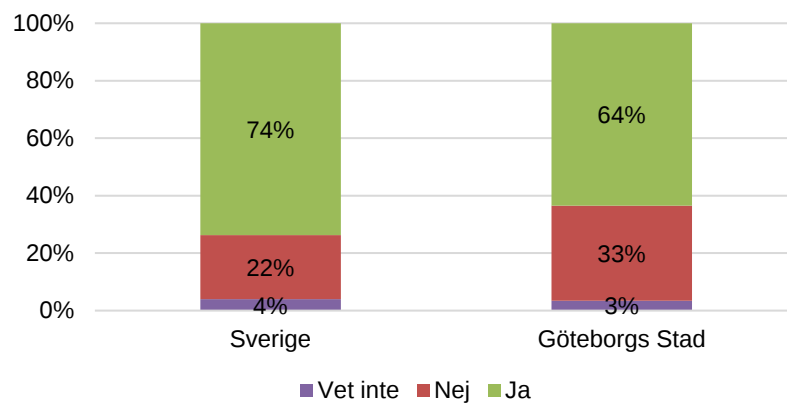
- känna till och följa rutiner, riktlinjer och lagar
- följa givna ordinationer och instruktion
- ta kontakt med legitimerad medarbetare vid förändrat hälsotillstånd
- rapportera risker för avvikelser och avvikelser gällande hälso- och sjukvård
- samverka med och ge information till legitimerade medarbetare avseende patientsäkerhet

5.2 Bilaga 1.2 Statistik svenska palliativregistret

2 142 registrerade dödsfall i Göteborgs Stad. 48 396 i Sverige.



Fanns en dokumenterad individuell vårdplan
för vård i livets slutskede (dec 2022 - nov 2023)



Dokumenterad munhälsobedömning sista
levnadsveckan (dec 2022 - nov 2023)

