

Patientsäkerhetsberättelse för Mölndals stad 2025



260219

Ansvariga för innehållet:

Cecilia Olsson, medicinskt ansvarig för rehabilitering
Christina Wadell, verksamhetschef hälso- och sjukvård
Karin Blomqvist, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning.....	3
Förklaring till förkortningar som förekommer i dokumentet	3
Olika roller i förvaltningen:	3
Olika områden i förvaltningen:	4
Andra förkortningar som förekommer i dokumentet:.....	4
Sammanfattning.....	4
1. Mål med patientsäkerhetsarbetet 2025	5
2. Egenkontroller patientsäkerhet 2025	6
3. Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR	8
3.1 Förebygga vårdskador – mer detaljerad information.....	15
3.2 Basala klädregler och hygienrutiner – mer detaljerad information	15
3.3 Följsamhet till delegering/ordination av HSL-insats – mer detaljerad information	16
3.4 God vård i livets slutskede – mer detaljerad information	16
3.5 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom – mer detaljerad information	17
4. Avvikelse, synpunkter och klagomål 2025	17
4.1 Process för avvikelshantering och statistik kring hanterade avvikelser 2025	17
4.2 Synpunkter och klagomål	18
4.3 Fallavvikelse	18
4.4 Avvikelse delegerade/ordinerade HSL-insatser	18
4.5 Hjälpmedel och andra medicintekniska avvikelser	20
4.6 Avvikelse i vårdsamverkan.....	20
4.7 Avvikelse HSL-dokumentation	21
4.8 Reflektioner från EC och VC kring avvikelshantering	21
4.9 Reflektioner från MAS och MAR kring avvikelshantering	21
5. Vårdskador	21
6. Analys av verksamhetschef HSL	22
7. Analys av medicinskt ansvariga	23
8 . Mål för patientsäkerhetsarbetet 2026 och uppföljning av dessa	24

Inledning

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av årets arbete med att förbättra patientsäkerheten. Årets resultat och analys är underlag för vilka områden inom patientsäkerhet som förvaltningen behöver fokusera på kommande år, för att säkerställa en god och säker vård och behandling.

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

I bilaga 1 finns information om vård- och omsorgsförvaltningens organisation kring patientsäkerhetsarbete, vilket ansvar olika funktioner har samt hur samverkansstrukturen ser ut inom och utom staden. I bilaga 2 beskrivs vård- och omsorgsförvaltningens beslutade processer och arbets sätt för att säkerställa patientsäkerheten. I bilaga 3 finns alla underlag med statistik och resultat från olika undersökningar, verksamhetssystem och kvalitetsregister.

Alla patienter som bor på vård- och omsorgsboende (VOB) och bostad med särskild service LSS (BMSS) är inskrivna i kommunal primärvård medan de invånare som bor i ordinärt boende (OBO) skrivs in i kommunal primärvård när behov uppstår. I Mölndals stad har 1643 patienter varit inskrivna i kommunal primärvård under 2025. I siffran ingår både patienter från egenregins kommunala primärvård samt patienter från kommunens privata vård- och omsorgsboenden. Av 1643 patienter har 61 patienter varit inskrivna på vård- och omsorgsboende som drivs av Norlandia, 72 patienter på Forenade Cares boende och 154 patienter på Attendos boende. Övriga patienter har fått insatser från egenregins kommunala primärvård.

Förklaring till förkortningar som förekommer i dokumentet

Olika roller i förvaltningen:

AT = arbetsterapeut

DO = dokumentationsombud

DSK = distriktssjuksköterska

EC = enhetschef

FT = fysioterapeut

HO = hygienombud

LEG = legitimerad

MAR = medicinskt ansvarig för rehabilitering

MAS = medicinskt ansvarig sjuksköterska

MRL = medicinskt rådgivningsansvarig läkare

MU = metodutvecklare

OH = omsorgshandledare

PAL = patientansvarig läkare

PAS = patientansvarig sjuksköterska

RO = rehabombud

SSK = sjuksköterska

USK = undersköterska

VC = verksamhetschef
VU = verksamhetsutvecklare

Olika områden i förvaltningen:

FS = funktionsstöd
HSL = hälso- och sjukvård
HT = hemtjänst
OBO= ordinärt boende
VOB = vård- och omsorgsboenden
VOF = vård- och omsorgsförvaltningen
ÄO = äldreomsorg, innefattar både hemtjänst och vård- och omsorgsboende

Andra förkortningar som förekommer i dokumentet:

APT = arbetsplatsträff
FLG = förvaltningens ledningsgrupp
GR = Göteborgsregionen
IVO = Inspektionen för vård och omsorg
LG = ledningsgrupp
MCP = Medcontrol Pro, avvikelssystem där avvikelser i samverkan hanteras
NOSAM = närområdessamverkan
NSVT = närsjukvårdsteam
PRT = palliativt resursteam

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen slår fast att vårdgivare har ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska kunna utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges och varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren. Vårdgivaren ska underlätta för patient och anhörig att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att stärka och tydliggöra patientens ställning och delaktighet i sin vård och behandling då detta är förutsättning för omställningen i God och nära vård. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet har förvaltningen arbetat vidare med att utveckla personcentrerad vård och säkerställa förebyggande insatser för patienter inskrivna i kommunal primärvård.

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2025 skapat bättre förutsättningar för patienter med demenssjukdom. Föregående års satsning med utbildningsmodellen Stjärnmärkt har slutförts på flera vård- och omsorgsboende samt på dagverksamheterna och i slutet av augusti antog vård- och omsorgsnämnden en demensplan för 2025–2027. Som en del i arbetet med demensplanen har demenssteamets uppdrag setts över. Under hösten 2025 har ett nytt team bildats där även två socialsekreterare ingår i teamet tillsammans med undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ser fortfarande flera brister i de utredningar av avvikelser som granskats. MAS och MAR ser ett stort

behov av fortsatt stöd till förvaltningens chefer i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för att säkerställa att alla patienter inom kommunal primärvård får säker vård och behandling.

Under flera år har MAS och MAR redovisat statistik till vård- och omsorgsnämnden att alltför många av de delegerade och ordinerade HSL-insatser från legitimerad personal till omsorgspersonal inte signeras alls, alternativt signeras för sent. Följsamheten till delegerade och ordinerade HSL-insatser har varit med i nämndens internkontroll plan 2025 och varje verksamhetsområde har gjort flera åtgärder för att öka följsamheten. MAS och MAR ser viss förbättring men detta är ett fortsatt utvecklingsområde även 2026.

Två verksamheter har lyckats bli diplomerade som Antibiotikasmarta verksamheter under året. Bifrost korttidsenhet och Eklanda vård- och omsorgsboende. Diplomeringen är en bekräftelse på att verksamheterna arbetar systematiskt med följsamheten till Basala klädregler och hygienrutiner. (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/antibiotikasmart-sverige/>)

Verksamheterna inom HSL har likt tidigare år genomfört kollegial journalgranskning för all legitimerad personal. Detta har varit uppskattat bland medarbetarna och det har även tydliggjort vilka utvecklingsområden som finns för att säkerställa dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser på ett korrekt sätt.

1. Mål med patientsäkerhetsarbetet 2025

- Patienterna ska vara delaktiga i sin vård och behandling
- Patienterna ska uppleva god tillgänglighet till läkare och övrig legitimerad personal
- Direkt patient tid för legitimerad personal ska öka
- Det ska finnas en väl fungerande teamsamverkan runt patienten
- Alla patienter i kommunal primärvård ska få riskbedömningar för att undvika vårdskador
- Alla patienter i kommunal primärvård ska ha god munhälsa
- All personal ska ha god följsamhet till basala klädregler och hygienrutiner
- Förvaltningen ska ha god överblick över vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning samt förekomst av riskfaktorer hos patienter.
- God vaccinationstäckning hos patienter
- Ökad följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser
- Ökad följsamhet till läkemedelshantering
- Alla enheter inom ÄO och FS ska ha utsedda RO med utökad kunskap kring hjälpmedel, vardagsrehabilitering och förflyttningsteknik
- All omsorgspersonal ska ha god kunskap i förflyttningsteknik och i vardagsrehabilitering
- Grundutrustning ska hanteras enligt anvisningar
- God vård i livets slutskede
- God vård och omsorg för personer med demenssjukdom
- Läkarmedverkan ska fungera väl
- Patienten ska uppleva en sömlös vård vid utskrivning från slutenvården
- Samarbete med närsjukvårdsteamet ska fungera väl
- Fullgod dokumentation i patientjournal

2. Egenkontroller patientsäkerhet 2025

PSL 2010:659 3 kap 1 §, SOSFS 2011:9 5 kap.2 §

I tabellen nedan visas de egenkontroller som genomförts inom förvaltningen under året för att följa utvecklingen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patienternas upplevelse av delaktighet i kommunal primärvård	2 ggr/år	Lokal patientenkät 1 gg/år GR:s patientenkät ordinärt boende 1 gg/år
Patienternas upplevelse av tillgänglighet i vård och behandling	2 ggr/år	Lokal patientenkät 1 gg/år GR:s patientenkät ordinärt boende 1 gg/år
Direkt patient tid för leg. personal	2 ggr/år	Digitala enkäter till all leg. personal under vecka 19 och vecka 40 2025.
Andel patienter inom kommunal primärvård som fått riskbedömning enligt Senior alert och Nicola	1 gg/år	MAS och MAR sammanställer resultat från kvalitetsregistren Senior alert och Nicola
Andel medarbetare som utbildats kring munhälsa av Folk tandvården	1 gg/år	Tandvårdssamordning Koncernkontoret
Självskattning Hygien basala klädregler och hygienrutiner	4 ggr/år	Kontinuerliga självskattningar av hygien via digitala enkäter till alla medarbetare. EC ansvarar för att resultatet analyseras och adekvata åtgärder sätts in vid behov.
Hygienkartläggning samt handlingsplan	1 gg/år	EC ansvarar för genomförandet och eventuell handlingsplan, åtgärder samt uppföljning av detsamma.
Andel enheter inom ÄO och FS som har aktiva HO	2 ggr/år	Dialogmöten med VC HSL, SoL och LSS
Antal enheter som genomfört PPM mätning	2 ggr/år	EC ansvarar för att HO har möjlighet att genomföra mätningarna.
Antal hygienutbildningar som erbjudits under året, för nya HO samt nätverksträffar för HO	2 ggr/år	Dialogmöten med VC HSL
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	1 gg/år	Svenska HALT via kvalitetsregister Senior alerts databas.
Följsamhet till delegerade och ordinerade HSL-insatser	2 ggr/år	Statistik från MCSS redovisas i internkontrollplan för delår och helår samt i patientsäkerhetsberättelsen för helår.
Läkemedelshantering	1 gg/år	Extern granskning 2025 genomfördes i april månad (farmaceut från apotek) KAF och VOB.
Andel enheter inom ÄO och FS som har aktiva RO	2 ggr/år	Digitala egenkontrollsenkäter till EC samt rapport från VC vid dialogmöten.
Följsamheten till beslutade arbetssätt med RO	2 ggr/år	Digitala egenkontrollsenkäter till EC samt rapport från VC vid dialogmöten.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Andel medarbetare inom ÄO och FS som gått förflyttningsutbildning	2 ggr/år	Digitala egenkontrollsenkäter till EC samt rapport från VC vid dialogmöten.
Kvalitetsindikatorer palliativ vård för patienter inom kommunal primärvård	3 ggr/år	Palliativregistret följs upp inom HSL utifrån årshjul samt av MAS i patientsäkerhetsberättelsen för helår.
Följsamhet till beslutat arbetssätt för patienter med demenssjukdom	2 ggr/år	Digitala egenkontrollsenkäter till berörda EC samt rapport från VC vid dialogmöten.
Journalgranskning HSL Patientjournal/vårdplaner	2 ggr/år	Kollegial journalgranskning med leg. personal. Årlig granskning av MAS av slumpvis utvalda journaler inom varje verksamhetsområde.
Loggning MCSS	1 gg/månad	I MCSS utförs av VOF IT loggkontroll varje månad.
Avvikelse	1 gg/år	MAS och MAR sammanställer avvikelser från Patientnämnden, IVO, interna avvikelshanteringssystem samt MCP
Allvarliga vårdskador och risk för allvarlig vårdskada	1 gg/år	MAS och MAR sammanställer resultat från avvikelshanteringssystemet
Synpunkter & klagomål	1 gg/år	MAS och MAR sammanställer resultat från Artwise, Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet.

3. Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
Patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling	Leg. personal ska alltid involvera patienten i sin vård och behandling så långt det är möjligt. Delaktighet är ett fokusområde i egenkontroller och på dialogmöten. Uppföljning av patientens upplevelse via patientenkäter.	Patientenkät inom OBO genomförd via GR Lokal patientenkät till alla patienter genomförd Egenkontroller och dialoger genomförda	Förvaltningen kan inte få fram data kring patientens delaktighet på aggregerad nivå från verksamhetssystemet. Låg svarsfrekvens på förvaltningens lokala enkät innebär att det resultatet inte redovisas. GR:s patientenkät 2024 (2025 ej färdigställd ännu) visar sämre resultat kring delaktighet 2024 jfr med 2023 (se bilaga 3) Arbetet med patientdelaktighet och personcentrering pågår ständigt och är en del av verksamhetsplaneringen. Det finns dock utmaningar kring patienternas möjlighet till delaktighet på grund av hög sjuklighet och tidsbrist hos personal. <i>Fortsatt utveckling av arbetsätt krävs för att säkerställa att patienterna får möjlighet att vara delaktiga i den utsträckning de kan.</i>
Patienterna ska uppleva god tillgänglighet till läkare och leg. personal	Uppföljning via patientenkäter. Resultaten blir underlag för fortsatt utveckling.	Patientenkät inom OBO genomförd via GR Lokal patientenkät genomförd	I GR:s patientenkät 2024 har Mölndals stad sämre resultat för tillgänglighet jfr med 2023 (se bilaga 3). EC ssk VOB har arbetat med att stärka tillgänglighet för patienter genom ökad närvaro av ssk på boenden, informationsbroschyrer och möjlighet för patienter att själva kontakta SSK. <i>Precis som i föregående års patientsäkerhetsberättelse vill MAR och MAS poängtera vikten av att förvaltningen framåt resonerar kring rimlig målsättning i de mätningar som genomförs kring patienternas upplevelse av tillgänglighet till SSK och läkare. Sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och i hälso- och sjukvårdslagen står att "Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården".</i>
Direkt patienttid för leg. personal ska öka	Tydliggöra antal patientbesök som förväntas av AT/FT	Dialog och tydlighet inom rehabenheten kring antal patientbesök per dag. Projekt har genomförts med AT/FT/SSK inom	Möjlighet till fler bilar inom rehab har möjliggjort fler patientbesök per dag. Under 2023-2025 varierar direkt patienttid mellan olika mätningar (se bilaga 3), men trenden är att ssk FS och rehab ökar direkt patienttid medan ssk OBO

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
	<p>per dag. Digitala enkäter till all legitimerad personal två ggr per år för att mäta direkt patienttid.</p>	<p>OBO med syfte att hitta tidstjuvar och försöka eliminera dem. Två enkäter har genomförts för att mäta den direkta patienttiden. Rehab har fått möjlighet att låna lediga bilar från ssk. Två rehabassistenter avlastat AT/FT med administration</p>	<p>och VOB/korttid har minskat direkt patienttid sedan mätningarna startade. I projektet att hitta tidstjuvar identifierades en del moment att arbeta vidare med. <i>Beslut om antal patientbesök per dag inom rehab skapar bättre möjlighet att fördela resurser av AT och FT mellan olika verksamheter med syfte att skapa mer jämlik vård. Det blir också tydligt för varje medarbetare vad som förväntas av dem.</i> <i>Det är viktigt att ha med sig att mätningen av direkt patienttid är en ögonblicksbild och fokusera mer på trend över tid. Minskningen av direkt patienttid för ssk OBO och ssk VOB/korttid kan bero på att samverkan med olika aktörer (vårdcentral, närområdesteam, PRT m fl) tar mer tid i anspråk.</i></p>
<p>Det ska finnas en väl fungerande teamsamverkan runt patienten</p>	<p>Öka följsamheten till anvisning och lokala rutiner för teamsamverkan. Teamsamverkan är ett fokusområde i egenkontroller och på dialogmöten.</p>	<p>Samverkanmöten mellan AT/FT/SSK har genomförts regelbundet. Enkät till leg personal under året för uppföljning av hur intern samverkan fungerar. Egenkontroller och dialogmöten har genomförts.</p>	<p>Resultat från enkäten till legitimerad personal visar att strukturen för intern samverkan behöver ses över. Vid dialogmöten framkommer att teamsamverkan likt tidigare år varierar stort mellan olika enheter och det är ofta personbundet hur väl det fungerar. <i>HSL behöver samverka med alla berörda verksamheter för att ta fram bättre arbetssätt som tillgodoser patienternas behov på bästa sätt. Ett arbete kommer att påbörjas 2026.</i></p>
<p>Alla patienter i kommunal primärvård ska få riskbedömningar för att undvika vårdskador</p>	<p>Följsamhet till beslutat systematiskt arbete med riskbedömningar, åtgärder och uppföljning.</p>	<p>Regelbundna uppföljningar inom ssk-enheterna.</p>	<p>För mer detaljerad information se punkt 3.1 samt bilaga 3. Fortsatt stora variationer mellan ssk-enheter hur väl det systematiska förebyggande arbetet fungerar. <i>Det är tydligt att det krävs regelbunden påminnelse och uppföljning av EC för att arbetet med riskbedömning, åtgärder och uppföljning ska kunna implementeras väl.</i></p>
<p>Alla patienter i kommunal primärvård ska ha god munhälsa</p>	<p>Utbildning i munhälsa till omsorgspersonal via Folktandvården</p>	<p>EC SoL/LSS bokar in utbildningar för sina medarbetare</p>	<p>För mer detaljerad information se bilaga 3. <i>Den tydliga minskningen, från föregående år, av antal medarbetare som erhållit utbildningen från föregående år är bekymmersam. EC behöver reflektera över vikten av att öka den grundläggande kompetensen genom att</i></p>

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
			<i>utnyttja möjligheten att utbilda all omsorgspersonal för att höja patientsäkerhet.</i>
All personal ska ha god följsamhet till basala klädregler och hygienrutiner	Tydlig struktur i förvaltningen med hygienansvariga ssk, HO på varje enhet, regelbundna utbildningar samt nätverksträffar för HO.	Alla medarbetare genomför hygienkörkort en gång per år Alla enheter har HO Ssk med hygienansvar anordningar nätverksträffar och utbildningar för HO Alla enheter genomför självskattningar 4 ggr/år Punktprevalensmätning (PPM) 2 ggr per år i alla verksamheter Antibiotikasmart Sverige	Under året har fyra nätverksträffar för alla HO och två utbildningstillfällen för nya HO genomförts. För mer detaljerad information se punkt 3.2
Förvaltningen ska ha god överblick över vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning samt förekomst av riskfaktorer hos patienter.	VOB och BMSS ingår i mätningen. Svenska HALT	Mätningen genomfördes i november 2025	Mätningen dokumenteras i kvalitetsregistret Senior Alert. Resultat av mätningen ses i slutet av året. Mätning BMSS ej genomförd 2025 <i>Denna mätning ger ett inblick i hur stora risker våra patienter är utsatta för vad gäller vårdrelaterade infektioner. Mätningen ger viktig information för var fokus behöver ligga i det systematiska arbetet framåt för att minska vårdskador orsakade av infektioner och i förlängning minska antibiotikaanvändning</i>
God vaccinationstäckning hos patienter	Samtliga patienter och personal som arbetar kliniskt inom vård och omsorgsförvaltningen erbjuds gratis vaccination mot säsongsinfluensa.	Patientansvariga sjuksköterskor säkerställer att alla patienter erbjuds och vaccineras med de årliga vaccinationerna, säsongsinfluensa, covid-19 samt Pneumovacc enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.	God täckning vad gäller vaccination av patienter inskrivna i kommunal hälso och sjukvård. Antalet personal inom Vård- och omsorg som utnyttjat erbjudande om gratis vaccination mot säsongsinfluensa har dock minskat under åren sedan pandemin Covid –19.: <i>Ansvariga sjuksköterskor har gjort ett fantastiskt arbete med vaccinationerna av patientern iskrivna i kommunal primärvård. Däremot behöver förvaltningen fortsatt arbeta för att öka täckningen av vaccinerad personal som arbetar kliniskt i vår förvaltning.</i>
Ökad följsamhet till delegerade/	Användning av MCSS	Nämnd och förvaltning har följt resultat i	För mer detaljerad information, se punkt 3.3. Andelen delegerade/ordinerade

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
ordinerade HSL-insatser	och regelbunden uppföljning följsamhet på alla nivåer.	internkontrollplan. EC följer upp sin enhets följsamhet regelbundet. Leg personal följer upp ordinerade/ delegerade insatser och återkopplar till berörd enhet/EC när brister noteras.	insatser som har signerats har ökat i alla verksamhetsområden samtidigt som andelen som inte signerats i tid har minskat. Även följsamheten till insatser från AT och FT har ökat. <i>Tittar man på antal delegerade/ordinerade insatser som inte alls signerats samt signerats för sent under samma period är det fortsatt ett stort antal insatser som inte sker enligt plan. Förvaltningens olika chefsled måste fortsätta med regelbunden uppföljning för att belysa vikten av att alla patienter inom kommunal primärvård får den vård och behandling de har rätt till.</i>
Ökad följsamhet till läkemedelshantering	Egenkontroller och extern granskning.	Extern granskning av KAF och VoB genomförd	Rapporten från granskningen hade ett flertal punkter som behövde hanteras till förbättring. <i>Farmaceut anställd under kvartal 3 2025 vilket ger ökad möjlighet till följsamhet till god läkemedelshantering.</i>
Alla enheter inom ÄO och FS ska ha utsedda RO med utökad kunskap kring hjälpmedel, vardagsrehabilitering och förflyttningsteknik	Varje enhet inom ÄO och FS har minst ett RO. Utbildningar och nätverksträffar för RO. Hjälpmedelsråd med deltagare från rehab, ÄO och FS underlättar implementering och följsamhet.	Två nätverksträffar för RO har genomförts En utbildning för RO genomfördes i våras. Uppdragsbeskrivningen för RO har reviderats med mer fokus på förflyttningar och hjälpmedel för att säkerställa dessa delar i verksamheterna. Ett årshjul för RO har tagits fram för att underlätta planering	Det har varit hög närvaro på nätverksträffar och utbildningar för RO under 2025 och alla utsedda RO upplevs väldigt engagerade och uttrycker att de vill göra ett bra jobb. <i>Hjälpmedelsrådet underlättar implementering av beslutade arbetsätt och stärker samverkan mellan verksamhetsområden. Årshjul för rehabombud underlättar planering för alla berörda och säkerställer att inga moment missas under året</i>
All omsorgspersonal ska ha god kunskap i förflyttningsteknik och i vardagsrehabilitering	Antal platser på förflyttningutbildning motsvarar verksamheternas behov. EC ÄO och FS	Rehabenheten har under 2025 genomfört tio endagars grundutbildning i förflyttningsteknik samt en anpassad utbildning för nattpatrull. Rehabenheten har erbjudit fem utbildningstillfällen för sommarvikarier Förvaltningen har utöver detta köpt in 150	Totalt har 120 medarbetare genomfört rehabs interna utbildning under året. 12 personer deltog i nattpatrullens utbildning och 87 medarbetare inom ÄO har gått förflyttningutbildning från HMC Sverige. Ca 100 sommarvikarier har deltagit på förflyttningutbildning. <i>Hjälpmedelsrådet underlättar implementering av beslutade arbetsätt och stärker samverkan mellan verksamhetsområden.</i>

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
	säkerställer att alla medarbetare som har behov får utbildning. Hjälpmedelsråd med deltagare från rehab, ÄO och FS underlättar implementering och följsamhet.	utbildningsplatser från HMC Sverige.	<i>Trots extra satsning med utbildningar under 2025 är det fortfarande en stor andel av omsorgspersonal som saknar kunskap kring förflyttningsteknik. Det har varit en utmaning för verksamheterna att kunna frigöra personal så att de kan delta på utbildningar och alla platser har inte fyllts. Under 2026 har förvaltningen beslutat att avsätta resurser från rehabenheten för att öka antalet interna förflyttningutbildningar som kan anpassas mer utifrån varje verksamhets behov. Förhoppningsvis ger detta god effekt.</i>
Grundutrustning ska hanteras enligt anvisningar	Höja kompetens hos EC SoL/LSS samt hos RO kring hantering av grundutrustning. Hjälpmedelsråd med deltagare från rehab, ÄO och FS underlättar implementering och följsamhet.	MAR, rehabassistenter och servicetekniker har erbjudit två utbildningstillfällen för RO. Rehabassistenter har varit ute på de enheter som önskat för att ge stöd i arbetet med märkning och registrering av grundutrustning.	Totalt deltog 28 RO i utbildningen kring grundutrustning. Rehabassistenter har under hösten varit ute på alla VOB och på ett DV för att hjälpa till med märkning av grundutrustning. RO har upplevt ett bra stöd från rehabassistenter. <i>God samverkan mellan rehab, ÄO och FS skapar bra förutsättningar att säkerställa korrekt hantering av grundutrustning. Hjälpmedelsrådet underlättar implementering av beslutade arbetssätt och stärker samverkan mellan verksamhetsområden.</i>
God vård i livets slutskede	Utveckla teamarbete mellan leg personal och omsorgspersonal för att förbättra kvalitets-indikatorer. Utveckla samarbetet med PRT.	Under 2025 har det funnit två samordnande SSK för palliativa patienter vilket har bidragit till att PAS inte behövt lägga så mycket administrativ tid på bokningar av läkare, prover hembesök mm	För mer detaljerad information se punkt 3.4. PRT-samarbetet fungerar väl, men när det är fler och fler patienter som vårdas hemma med PRT och kommunal primärvård ökar vårdtyngden. <i>Palliativa vårdområdet ska ha högsta prioritet enligt prioriteringsutredningen Vårdens svåra val (SOU 1995:5). I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för Palliativ vård 2025, pekas tydligt på att Hälso- och sjukvården behöver säkerställa att den som behöver det ska få tillgång till palliativ vård. Förvaltningen behöver planera för att behovet av kommunal primärvård med största sannolikhet ökar i takt med att fler och fler palliativa patienter vårdas i ordinärt boende.</i>
God vård och omsorg	Demensplan pekar ut	Demensplan beslutad i nämnd.	För mer detaljerad information se punkt 3.5.

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
för personer med demens.	<p>en tydlig riktning. Utökat demensteam ger mer stöd i verksamheterna. Medarbetare följer beslutade arbetsätt med BPSD. Utbildningssatsningen Stjärnmärkt höjer kompetens hos omsorgspersonal.</p>	<p>Demensteamet har utökats och fått ett förtydligt uppdrag Utbildningssatsningen Stjärnmärkt har slutförts.</p>	<p>Förvaltningen har nu politiskt styrdokument för hur god demensvård ska säkerställas och ett utökat demensteam med socialsekreterare, USK, AT, FT och SSK har skapats. Förvaltningen har uppnått sin ansats med Stjärnmärkt då VOB Fässberg, Eklanda, Brogårdens demensenheter samt dagverksamheterna nu är stjärnmärkta. Nu arbetar verksamheterna med att säkerställa arbetet med Swedem, implementera arbetsätt kring demens i verksamheten samt fortsätta förbättringsarbetet på enheterna. <i>En ny demensplan och ett utökat demensteam med ett tydligt uppdrag skapar bra förutsättningar för rätt stöd ute i verksamheterna för att säkerställa en god vård och omsorg för personer med demens. Det är nu viktigt att hålla i och hålla ut och att uppföljning och utveckling av arbetet fortsätter.</i></p>
Läkarmedverkan ska fungera väl	<p>Tydlig närområdesplan Tydlig struktur för samverkan</p>	<p>Regelbundna samverkansmöten, NOSAM, LOSAM samt möten med MRL.</p>	<p>Generellt gott samarbete men med variationer. <i>Det stora antalet vårdcentraler som kommunens sjuksköterskor har att samverka med bidrar till viss svårighet att erhålla läkarmedverkan med samma förutsättningar för alla patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.</i></p>
Patienterna ska uppleva en sömlös vård vid utskrivning från slutenvården	<p>Få ett snabbare och sammanhållet patientflöde från slutenvård till hemmet. Öka kunskap i SAMSA som överrapporterings-system samt tydliggöra olika roller. Lyfta de avvikelser i samverkan som inkommer och arbeta med förbättrings-</p>	<p>Ett gemensamt team med myndighet och SSK, Team SAMSA finns etablerat sedan hösten 2023. Teamet har haft gemensamma morgonmöten kring aktuella ärenden för att bland annat kunna boka planeringsmöte i god tid. Rehabenheten har utsett en SAMSA- ansvarig som skall stötta kollegorna att arbeta enligt anvisning i SAMSA</p>	<p>Under 2025 har Mölndals stad inte haft några betaldagar. <i>Team SAMSA har skapat väl fungerande arbetsätt för att säkerställa att kommunen snabbt kan ta emot de patienter som skrivs ut från slutenvården. Läkemedelshantering i samband med utskrivning är fortfarande en utmaning för de patienter som skrivs ut till korttidsplats. NOSAM Mölndal har uppmärksammat problematiken och planerar för en arbetsgrupp som kan arbeta vidare med frågan.</i></p>

Mål	Strategier	Åtgärder	Resultat & Analys
	förslag.		
Samarbete med närsjukvårdsteamet ska fungera väl	Säkerställa ett nära samarbete mellan team, ansvarig läkare på vårdcentral samt kommunens leg. personal.	Uppföljning av samverkan på NOSAM.	SSK upplever att närsjukvårdsteamet alltid är lätta att få tag på och stöttar upp när vårdcentralen inte "räcker till". Dock blir det ofta ett glapp när närsjukvårdsteamet avslutar sina insatser och läkare på vårdcentral ska ta över ärendet. <i>Det krävs fortsatt samverkan på NOSAM för att säkerställa att vårdcentralernas läkare i större utsträckning involveras i teamarbetet med närsjukvårdsteamet.</i>
Fullgod dokumentation i patientjournal	Kollegiala granskningar inom alla enheter, tydliga manualer samt regelbundna utbildningar säkerställer att all legitimerad personal har god kunskap kring dokumentation.	Nätverk för DO HSL 2 ggr/termin. DO HSL har haft gemensamma möten med DO SoL/LSS kring vårdplaner och delegerade/ ordinerade insatser. DO HSL har uppdaterat manualer och utbildat sina kollegor. Leg. personal har genomfört kollegial journalgranskning i mindre grupper. MAS har genomfört journalgranskning av slumpvisa utvalda journaler.	Gemensamma DO-nätverk mellan SoL och HSL har varit mycket uppskattade och har lett till att flera utvecklingsområden avseende vårdplaner har uppmärksammats. Kollegial journalgranskning är uppskattat av medarbetare och fångar upp de områden som kräver kunskapshöjning. Resultat av MAS journalgranskning för alla verksamheter finns i bilaga 3. <i>Det finns fortsatt flera brister i dokumentation i patientjournal vilket skapar risk för att patienterna inte får korrekt vård och behandling. Verksamheterna behöver fortsätta arbeta med det område även 2026.</i>

3.1 Förebygga vårdskador – mer detaljerad information

Det är stor variation mellan ssk-enheter hur väl det systematiska arbetet med riskbedömningar för att förebygga vårdskador fungerar. SSK VOB har arbetat för att öka andelen vårdplaner för att förebygga vårdskador samt att vårdplanerna är tydliga och personcentrerade. I år har man fokuserat ”följa upp”-steget i kvalitetsregistret för få arbetssättet komplett. SSK VOB blev 2025 utsedd till en av Senior alerts silverkommuner, ett kvitto på det intensiva arbete pågått under flera år. SSK VOB har under året involverat rehab i större utsträckning än föregående år i samband med det riskförebyggande arbetet.

Statistik visar endast obetydlig förändring i antal registrerade patienter i kvalitetsregistren Senior Alert och Nicola under 2025. Fortsättningsvis saknas även genomförda riskbedömningar. Inom LSS har antalet registreringar dessutom minskat. Under 2026 behöver arbetet med riskbedömningar fortsatt förbättras i inom alla verksamheter och i båda registren.

Reflektioner från MAR och MAS

Arbetet har förbättrats inom vissa enheter, men fortsatt fokus krävs under 2026 för att få med alla enheter i det systematiska arbetet. Dokumentation i journal och vårdplaner brister fortfarande. Otydliga eller parallella åtgärder mellan SSK och AT/FT skapar ibland fortsatt förvirring och gemensamma arbetssätt behöver därför fortsätta utvecklas.

3.2 Basala klädregler och hygienrutiner – mer detaljerad information

Enkäter för självskattning har mailats från MAS till varje EC en gång/kvartal. EC har skickat vidare enkäterna till alla medarbetare att besvara. EC har ansvarat för sammanställning och systematiskt förbättringsarbete utefter resultat i besvarade enkäter.

Årlig hygienkartläggning åligger varje EC att genomföra en gång årligen. EC och VC ansvarar för systematiskt förbättringsarbete utefter resultat i genomförd kartläggning.

Två enheter, Bifrost korttidsboende och Eklanda VOB, har under året blivit diplomerade verksamheter enligt Antibiotikasmart Sverige. Arbetet med Folkhälsomyndigheten nio kriterier under Antibiotikasmart Sverige främjar EC möjlighet att få sin verksamhet att följa Basala klädregler och hygienrutiner.

Under 2025 har valet Hygien fallit bort ur valbara avvikelser i avvikelsemodulen. Detta område bör finnas som valbart och har justerats av VOF-IT inför 2026. Trots avsaknad av valbart område så har ett par avvikelser hygien ändå dokumenterats under året.

Reflektion MAS:

Årets egenkontroller visar inte på i vilken grad EC använder resultat från genomförda självskattningar hygien som verktyg i det systematiska förbättringsarbetet. Inte heller resultat från PPM har redovisats för MAS. Redovisning behöver förändras under 2026 för att MAS ska kunna säkerställa följsamhet till basala klädregler och hygienrutiner. Förhoppning finns att ytterligare verksamheter når följsamheten till de basala klädreglerna och hygienrutinerna och lyckas sammanfatta dessa under Folkhälsomyndighetens nio kategorier i Antibiotikasmart Sverige. Med detta arbetssätt får enheterna en struktur för att systematisera hygienarbetet samt för att bidra till minskad/ klokare användning av antibiotika.

3.3 Följsamhet till delegering/ordination av HSL-insats – mer detaljerad information

Legitimerad personal i Mölndals stad har under året kontinuerligt delegerat/ordinerat hälso- och sjukvårdsinsatser till omsorgspersonal enligt ledningssystemets anvisningar. EC SoL/LSS ansvarar för att genom kontinuerliga kontroller i det digitala signeringsverktyget MCSS, säkerställa att förvaltningens patienter får ordinerade läkemedel och HSL-insatser utförda samt att dessa görs inom ordinerad tidsram.

Under 2025 har följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser varit ett moment i förvaltningens internkontrollplan och MAS och MAR har sammanställt statistik för delår och helår. Andelen delegerade/ordinerade HSL-insatser som har signerats har ökat något i alla verksamhetsområden samtidigt som andelen som inte signerats i tid har minskat något för 2025 jfr med 2024.

Totalt har 2 092 299 HSL-insatser delegerats/ordinerats från legitimerad personal till omsorgspersonal under året. Av de delegerade/ordinerade insatserna har 97,4 % signerats/utförts, men 236 396 insatser inte signerats/utförts i tid. Totalt 54 400 (2,6%) av delegerade/ordinerade HSL-insatser har inte alls signerats/utförts. I siffrorna ingår egenregins kommunal primärvård samt de privata VOB.

Reflektioner MAS och MAR:

Förvaltningen har ett stort antal personal med delegering och hanteringen med utbildning inför delegering, delegering samt uppföljning av delegering utgör en avsevärd del av leg. personals arbetsinsats under årets alla månader. Denna hantering är avgörande för att alla patienter inom kommunal primärvård ska få den vård och rehabilitering de har rätt till och det är viktigt att den fungerar optimalt.

SSK som hanterar delegeringsutbildningar för omsorgspersonal upplever fortsatt att många kommer till delegeringsutbildningen utan att ha genomfört den obligatoriska webb-utbildningen först. Det förekommer också relativt ofta att omsorgspersonal är inbokade på utbildningen men att de inte dyker upp.

Att lyfta in följsamheten till delegerade/ordinerade insatser i förvaltningens interkontrollplan har givit viss effekt ute i verksamheterna. MAS och MAR upplever att alla chefsled haft mer fokus på detta område och regelbundna uppföljningar har genomförts på ledningsgrupper. Tittar man på antal delegerade/ordinerade insatser som inte alls signerats samt de som signerats för sent under samma period är det dock fortsatt ett stort antal insatser som inte sker enligt plan. Förvaltningens olika chefsled måste därför fortsätta med regelbunden uppföljning för att belysa vikten av att alla patienter inom kommunal primärvård får den vård och behandling de har rätt till.

3.4 God vård i livets slutskede – mer detaljerad information

PAS vid samtliga enheter i förvaltningen registrerar i enlighet med anvisning i Svenska Palliativregistret för god vård vid livets slut. Det framkommer i resultatet (se bilaga 3) att det fortfarande främst saknas dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan, men det brister även fortsättningsvis i registreringar avseende smärtskattning.

Reflektioner från MAS:

Resultat från Svenska Palliativregistret visar en viss förbättring från föregående år inom några verksamheter. De parametrar som behöver ökad följsamhet är precis som tidigare år både smärtskattning och munhälsa.

3.5 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom – mer detaljerad information

Under 2024 påbörjade förvaltningen utbildningssatsningen Stjärnmärkt. Stjärnmärkt har som syfte att ge personal kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet för personer med demenssjukdom. Utbildningsmodellen omfattar fyra undervisningstillfällen med reflektionsträffar. Inför varje tillfälle ska deltagarna förbereda sig en webbutbildning och hemuppgift. Följande webbutbildningar ingår i Stjärnmärkt:

- Demens ABC
- Demens ABC plus Hemtjänst eller Särskilt boende
- Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar

Förvaltningen har under 2025 uppnått satsningens ansats då VOB Fässberg, Eklanda, Brogårdens demensenheter samt dagverksamheterna nu är stjärnmärkta. Nu planerar verksamheterna för att behålla stjärnmärkningen, som förnyas årligen. I praktiken innebär det att få till registreringar i Swedem, implementera arbetssätt i verksamheten samt fortsätta förbättra vård- och omsorgen på enheterna. En stjärnmärkt enhet ska jobba med minst ett utvecklingsprojekt under året samt vidareutveckla arbetssätt för minska tvång- och begränsningar via arbetspolicyn för nollvision. Verksamheterna behöver även säkerställa att tillräckligt många av medarbetarna har genomgått utbildningsmodellen. Förvaltningen återtog regi av Lackarebäck VOB i slutet av oktober och då detta boende nu är en del av egenregin bör även enheter med demensinriktning där ta del av satsningen.

Under 2025 har alla VOB tillsammans med berörd leg. personal implementerat ett strukturerat arbetssätt avseende BPSD-skattningar med tillhörande åtgärdsplaner. Dock finns fortsatt utvecklingspotential när det gäller att följa beslutade åtgärdsplaner samt säkerställa uppföljning av dessa.

Utöver arbetet inom VOB behöver plan för utbildning kring BPSD inom funktionsstödsområdena tas fram då det även där finns patienter med BPSD-symptom och omsorgspersonal behöver kunskap för att bemöta dessa patienter på rätt sätt.

4. Avvikelse, synpunkter och klagomål 2025

PSL 2010:659 3 kap. 3 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

4.1 Process för avvikelshantering och statistik kring hanterade avvikelser 2025



I processen för avvikelshanteringen genomför ansvarig EC de steg som finns i bilden ovan.

Inom de verksamheter som ingår i egenregins kommunala primärvård har det totalt rapporterats 8105 avvikelser under 2025. I skrivandets stund (vecka 2 2025) är det ett stort antal avvikelser som inte har hanterats korrekt och jämfört med föregående år har det skett en försämring i denna hantering:

I 1920 (23,7%) avvikelser har man inte påbörjat utredning (7,3% 2024).

I 1733 (21,4%) avvikelser inte påbörjat bedömning (redovisades ej 2024).

I 2628 (32,4%) avvikelser inte påbörjat planering av åtgärder (25,9% 2024).

I 5040 (62,2%) avvikelser inte följt upp de insatta åtgärderna. (40,9% 2024).

Eftersom två av kommunens privata VOB har andra avvikelssystem än egenregin redovisas inte avvikelser som rör privata VOB i patientsäkerhetsberättelsen med två undantag:

- följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser där statistik tas fram från MCSS. Här inkluderas även de insatser som leg. personal inom VOB som drivs av Forenade Care och Attendo delegerat/ordinerat (se punkt 4.4).
- avvikelser som hanteras i MedControl Pro där alla kommunens avvikelser i samverkan finns registrerade oavsett driftsform (se punkt 4.6).

4.2 Synpunkter och klagomål

Verksamheterna i förvaltningen arbetar utifrån beslutad anvisning ”Synpunkter och klagomål”. Patienter kan lämna synpunkter direkt till personal eller ansvarig chef samt via kontaktcenter i Mölndals stad. Ansvarig chef bedömer om inkommen synpunkt/klagomål ska registreras och utredas som en avvikelse i interna avvikelssystemet.

Under 2025 registrerades 221 synpunkter inom VOF. Av dessa berörde 19 st enheterna inom kommunens primärvård. Enligt ansvariga chefer handlar ärendena likt tidigare år ofta om att patient/anhörig vill ha kontakt med SSK av någon anledning. Det har även varit några klagomål från anhörig som upplever att kommunikation med SSK brustit. När det inkommit klagomål där leg personal brustit har EC rapporterat en avvikelse för att kunna hantera och utreda händelsen på bästa sätt.

4.3 Fallavvikelser

Fall och fallolyckor hos patienter rapporteras enligt gällande anvisning. Totalt har det inkommit 2665 fallavvikelser under 2025 i de verksamheter som har egenregins kommunal primärvård. Under 2024 registrerades 2597 fall så det är ingen stor skillnad mellan åren.

Reflektioner från MAR:

Avvikelser gällande fall hör fortsatt till en av de två vanligaste inrapporterade avvikelserna och en stor andel av fallen (841 st) sker mellan 22.00-06.00. För att kunna utreda orsaker och planera rätt åtgärder för att minska fall under sen kväll och natt krävs god samverkan mellan natt- och dagpersonal vilket ibland är en utmaning att få till. Under 2026 behöver berörda verksamheter ta fram ett gemensamt arbetssätt för att minska risken för fallolyckor sen kväll och natt.

Under 2025 har MAS och MAR fortsatt uppmana enhetschefer inom SoL/LSS att involvera leg. personal i utredningarna av fallavvikelser för att säkerställa att rätt åtgärder vidtas för att undvika fler fall. Detta arbetssätt är fortfarande inte implementerat så samverkan mellan lagrummen i avvikelsearbetet behöver utvecklas under 2026.

4.4 Avvikelser delegerade/ordinerade HSL-insatser

I det digitala signeringssystemet MCSS visar statistiken följande siffror:*

Statistik för delegerade insatser (Källa: MCSS)	2022	2023	2024	2025
Totalt antal delegerade/ordinerade HSL-insatser	1 713 387	1 925 904	1 985 070	2 092 299
Antal och andel signerade HSL-insatser (totalt)	1 576 316 (92%)	1 810 349 (94%)	1 905 667 (96%)	2 037 899 (97,4%)
Antal och andel (av de som har signerats) tillfällen som HSL-insats inte signerats i tid	331 026 (21%)	362 069 (20%)	247 737 (13%)	236 396 (11,6%)

Antal och andel (av totala antalet) tillfällen som HSL-insats inte signerats	137 070 (8%)	115 554 (6%)	79 403 (4%)	54 400 (2,6%)
Antal tillfällen som patient fått sitt läkemedel avvikande tid (till största delen för sent)	265 257	252 122	159 089	153 456
Antal tillfällen som läkemedel inte signerats	90 838	62 062	44 730	26 894
Antal tillfällen som rehabbinsats inte signerats i tid	16 402	27 927	15 906	15718
Antal tillfällen som rehabbinsats inte signerats	20 314	19 863	11 096	7436

**Siffrorna gäller verksamheter som har egenregins kommunala primärvård samt VOB som drivs av Attendo (fram tom oktober 2025) och Forenede Care.*

I avvikelsemodeulen i Treserva finns följande avvikelser rapporterade:*

Statistik för registrerade avvikelser gällande delegerade/ordinerade HSL-insatser (Källa: Treserva avvikelssystem)	2022	2023	2024	2025
Läkemedel	1904	2473	2163	2683
HSL-insats som är felaktigt utförd, försenad eller utebliven**			276	354

**Siffrorna gäller enbart de verksamheter som har egenregins kommunala primärvård.*

***De rapporterade avvikelserna för HSL-insats som är felaktigt utförd, försenad eller utebliven kan inte redovisas som helhet för 2022 och 2023, då ändringar skett i avvikelsemodulen under 2024.*

Avvikelser som rör delegerade/ordinerade HSL-insatser ska registreras i avvikelssystemet Treserva enligt gällande anvisning. Totalt har det inkommit 2683 registrerade läkemedelsavvikelser under 2025 vilket är en ökning jämfört med 2024 (2163 läkemedelsavvikelser).

Reflektion från MAS:

Statistik som presenteras i tabellen ovan visar att följsamhet till delegerade insatser ökat något under 2025, men antalet HSL-insatser som inte ges till patienter är oacceptabelt. Vidare så motsvarar rapporterade avvikelser kring läkemedel endast en bråkdel av de tillfällen som noterats i MCSS. Det är först när avvikelserna rapporteras i avvikelsemodulen som orsaker till bristerna i följsamhet kan utredas och åtgärder kan tas fram och följas upp. Under 2026 behöver förvaltningen fortsätta arbetet med att säkerställa att avvikelser rapporteras, utreds och följs upp gällande i följsamhet till delegerade/ordinerade insatser.

Läkemedlet insulin var delegerat vid 19 128 tillfällen under 2025. Av de ordinerade insulindoserna så gavs inte/signerades inte hela 555 doser, vilket tyvärr är en ökning sedan 2024. Det betyder, utspritt över årets alla dagar, att 1,5 gånger per dygn har patient ej givits sitt ordinerade insulin. Av de givna doserna så gavs dessa/signerades inte i tid hela 2136 gånger. Detta motsvarar 5,8 gånger per dygn! Alltså tyvärr fortsatt alarmerande siffror för våra patienter vilka är helt beroende av att vi ger det livsviktiga läkemedlet insulin enligt ordination och att när det ges ska det ges inom det ordinerade tidsfönstret.

Det digitala signeringsverktyget MCSS ger verksamheterna möjligheter att identifiera brister på ett enkelt sätt och genom att använda sig av detta kan ett systematiskt förbättringsarbete ge ökad patientsäkerhet. Förvaltningen måste säkerställa att alla EC använder systemet på ett optimalt sätt.

Reflektion från MAR:

Jämfört med 2024 har det skett ytterligare förbättring av andel signerade rehabinsatser även om det är små förflyttningar. Det är glädjande att se att genomförande av rehabinsatser fortsatt prioriteras i allt högre grad. MAR har under året arbetat vidare både med rehabgruppen genom MAR-möten och med RO via nätverksträffar och påtalat vikten av att rehabinsatser behöver prioriteras på samma sätt som insatser från SSK. MAR har också fortsatt med dialog med rehab och EC i SoL/LSS-verksamheterna om behovet av ett nära samarbete mellan leg. personal och omsorgspersonal. Arbetet behöver fortsätta under 2026 då andel signerad rehabinsatser fortfarande är lägre än insatser som delegerats/ordinerats från SSK.

Differensen mellan antal larm i MCSS och antal rapporterade avvikelser visar också behov av att öka följsamheten till anvisningen för avvikelshantering där avvikelse ska rapporteras när HSL-insats inte utförs i tid.

4.5 Hjälpmedel och andra medicintekniska avvikelser

Exempel på medicintekniska produkter (MTP) är personligt förskrivna hjälpmedel samt hjälpmedel som enheter köpt in som grundutrustning eller verksamhetsutrustning. Totalt rapporterades 225 avvikelser inom MTP under 2025, vilket är en ökning jämfört med 2024 (180 avvikelser). De flesta avvikelserna inom området handlar om felaktig hantering av hjälpmedel. Två av avvikelserna har rört misstänkta tillverkningsfel dessa är har anmälts av MAR till läkemedelsverket.

Sedan 2024 har förvaltningen ett hjälpmedelsråd där MAR ingår tillsammans med representanter från rehab, äldreomsorg och funktionsstöd. Syftet med rådet är att tillsammans arbeta med implementering av och ökad följsamhet till de anvisningar som finns kring medicintekniska produkter samt skapa en samsyn kring hur rollen som rehabombud kan utvecklas.

Reflektioner från MAR:

Det finns sannolikt ett fortsatt stort mörkertal av avvikelser inom området medicintekniska produkter, men AT och FT har under 2025 fortsatt att rapportera fler avvikelser kring olika hjälpmedels funktion samt kring brister i hjälpmedelshantering vilket är positivt.

Det finns fortsatt ett stort behov av att säkerställa omsorgspersonalens kunskap kring hjälpmedel. Det är viktigt att alla berörda vet hur man ska agera när ett hjälpmedel eller annan medicinteknisk produkt är ur funktion samt förstår vikten av att skriva avvikelser när det sker en incident där hjälpmedel eller andra MTP är involverade. Hjälpmedelsrådet blir även framöver ett viktigt forum för fortsatt arbete med att säkerställa patientsäkra förflyttningar och korrekt hantering av hjälpmedel under 2026.

4.6 Avvikelser i vårdsamverkan

Avvikelser i vårdsamverkan rapporteras digitalt i systemet Medcontrol Pro. Statistiken i MCP visar att Mölndals stad har rapporterat 131 ärenden samt utrett 64 ärenden som kommit till oss från annan vårdgivare. De flesta avvikelserna handlar om bristande kommunikation/information mellan vårdgivare vilket resulterar i bristande vård och behandling för patienten.

Reflektioner från MAS och MAR:

Det digitala systemet MCP bidrar till ökad följsamhet till rutinen om avvikelser i vårdsamverkan. Den tydliga systematiska hanteringen gör bland annat att förvaltningen snabbare får svar på inskickade avvikelser. Dessutom ger det verksamheten en god överblick på både inkommande och skickade

avvikelser. Tyvärr blir en hel del inskickade avvikelser inte tillräckligt utredda och svaren upplevs ofta ha övrigt att önska.

4.7 Avvikelser HSL-dokumentation

Det finns 98 rapporterade avvikelser inom området under 2025, men likt föregående år visar de granskningar som MAS och MAR genomfört av patientjournaler att det ofta saknas information i patientjournaler som är avgörande för att kunna följa patientens vård och behandling. Det är också vanligt att information och instruktion till omsorgspersonal är bristande eller helt saknas.

Reflektioner från MAS och MAR:

MAS och MAR bedömer att det råder ett stort mörkertal gällande avvikelser kring hälso- och sjukvårdsdokumentation. När MAS och MAR involveras i utredningar av inträffade händelser är det vanligt förekommande att det exempelvis saknas vårdplaner eller att informationen i journalen är bristfällig, men det finns få avvikelser rapporterade kring detta. Det finns ett behov av att fortsatt utbilda både leg. personal och omsorgspersonal i HSL-dokumentation.

4.8 Reflektioner från EC och VC kring avvikelshantering

Merparten av EC har uppgett i digitala enkäter att de har dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål på APT eller annat verksamhetsmöte. De EC som har regelbunden dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål upplever att detta ger ett ökat lärande.

Flera EC uttrycker att det behövs bättre samverkan mellan SoL/LSS och HSL i de avvikelser som rör flera lagrum. Flera EC uttrycker behov av mer tid för att hinna utreda avvikelser på ett optimalt sätt. De enheter som har tillgång till OH som hjälper till med utredning upplever detta som en stor hjälp.

Under kvartal 2 och 3 år 2025 har ett förbättringsarbete pågått för att effektivisera utredning av avvikelser. MAS och SAS har ansvarat för arbetet på uppdrag av förvaltningsledningen. Enkät skickades till alla EC (43 svar inkom) och med enkätsvaren som utgångsläge fördes en workshop med EC från varje verksamhetsområde. Ett flertal möjliga förbättringsåtgärder identifierades och genomfördes.

4.9 Reflektioner från MAS och MAR kring avvikelshantering

Statistiken under punkt 4.1 visar på fortsatt stort behov av att ge chefer stöd i att säkerställa det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Granskning av avvikelser att många chefer fortfarande inte utreder bakomliggande orsaker i tillräcklig utsträckning. Detta leder till att de åtgärder man planerar och vidtar inte ger den önskade effekten och den inträffade händelsen riskerar att upprepas. Inom VOB hanterar OH fortsatt en stor del av utredningarna vilket ger mer kvalitet i utredningar samtidigt som det avlastar enhetschefer. Förhoppningsvis gör de förändringar som genomförts och som planeras att genomföras utifrån förbättringsarbetet kring avvikelshantering att fler avvikelser utreds korrekt.

5. Vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Vårdgivaren har ett omfattande ansvar när det gäller vårdskador och händelser som hade kunnat leda till en vårdskada. I ansvaret ingår bland annat att

- utreda klagomål och synpunkter
- utreda händelser

- anmäla allvarliga vårdskador och händelser som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada
- anmäla legitimerad personal som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren och som kan utgöra en fara för patientsäkerheten
- informera patienten som drabbats av en vårdskada
- anmäla vissa fel på medicintekniska produkter och vissa brister i märkningen eller bruksanvisningen
- rapportera misstänkta biverkningar av läkemedel.

Händelser som har lett till eller riskerat att leda till vårdskada dokumenteras i verksamhetssystemet Treservas avvikelsemodul. EC för verksamheten ansvarar för att gradera avvikelserna samt påbörja utredning av händelsen. MAS och MAR ska kontaktas om avvikelserna bedöms ha betydande eller mycket hög/katastrofal allvarlighetsgrad (grad 3 och 4).

MAR och MAS deltar i utredningarna med allvarlighetsgrad 3 och 4, tillsammans med ansvarig EC och övriga berörda, och bedömer efter utredning om ärendet ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2025 har MAR och MAS gjort ett flertal vårdskadeutredningar varav tre stycken bedömdes som allvarliga och anmäldes till IVO.

Reflektioner från MAS och MAR:

MAS och MAR bedömer att det fortsatt finns ett stort mörkertal gällande inträffade vårdskador inom förvaltningen. MAS och MAR får sällan information från ansvarig EC när en rapporterad avvikelse bedöms som grad 3 eller 4 och det är ofta bristfälliga utredningar i de avvikelser som MAS och MAR granskar. Då avvikelser inte blir identifierade resulterar det i risker att adekvata åtgärder inte tas fram och sätts in och det finns vårdskador som inte blir utredda. Det finns ett stort behov av att öka kunskapen hos ansvariga EC kring begreppet vårdskada samt att säkerställa systematiken i utredningsförfarandet. Dessutom behöver EC ökad förståelse för att utredning ska göra skyndsamt, i flertalet fall drar utredningarna ut på tiden och svårigheten att identifiera orsaker till händelsen ökar i och med att tiden går.

Utifrån de avvikelser som MAS och MAR utrett under 2025 finns flera områden där risken för vårdskador bedöms hög:

- Avsaknad av aktuella, tydliga vårdplaner
- Felaktigt utförd delegerad/ordinerad insats
- Bristande kunskap och omvårdnad som leder till vårdskador
- Fall

6. Analys av verksamhetschef HSL

Förvaltningen har fortsatt ett arbete att göra med läkemedelshanteringen och att säkerställa följsamheten till ordinationer. Efter analys av statistik i MCSS ser vi en förbättring av följsamheten men ett fortsatt arbete behöver göras i bland annat när det gäller att patienter ska få sina ordinerade läkemedel vid rätt tidpunkt. För att säkra läkemedelshanteringen ytterligare behöver dessutom delegeringsprocessen ses över. En säker läkemedelshandling är ett fortsatt fokusområde för 2026 för hela förvaltningen.

För att förbättra patientsäkerheten i förvaltningen så behöver arbetet med inrapporterade avvikelser och inkomna synpunkter förbättras. Analyser av avvikelser och synpunkter ska göras så att identifierade risker kan åtgärdas och sedan följas upp. Detta är ett arbete som ska ledas av ansvarig chef med stöd av övriga professioner i teamet.

Förvaltningen har identifierat ett behov av att se över hur vi kan öka antalet medarbetare som får förflyttningsutbildning. Den nuvarande strukturen möter inte det behov som finns och därför har förvaltningen tagit fram en plan för hur detta delvis ska åtgärdas.

Utifrån det arbete som skett under 2025 med att kvalitetssäkra demensvården inom förvaltningen behöver detta arbete fortsätta under 2026. Demenssteamet behöver arbeta med sitt uppdrag utifrån den nya strukturen. Vård- och omsorgsnämndens beslutade Demensplan behöver följas och åtgärder utföras.

7. Analys av medicinskt ansvariga

Det är glädjande att ssk VOB tagit ett stort kliv framåt i arbetet med riskbedömningar för att förebygga vårdskador. Förvaltningen behöver nu säkerställa att även övriga ssk-enheter implementerar det förebyggande arbetet med riskbedömningar för alla patienter inom kommunal primärvård.

Under 2025 har alla enheter med legitimerad personal genomfört kollegial journalgranskning vilket är positivt. EC HSL behöver fortsätta att ge utrymme för kollegial journalgranskning och stöd kring journalföring för de medarbetare som behöver detta. All legitimerad personal måste ha god kunskap i hälso- och sjukvårdsdokumentation så att patientens vård och behandling kan följas över tid.

Som tidigare nämnts är bristen på samverkan mellan olika professioner samt olika vårdaktörer en vanlig orsak till händelseförlopp i flera av de avvikelser som MAS och MAR utreder. Det behövs ett fortsatt arbete internt och externt för att säkerställa god samverkan med patienten i fokus.

Medicinskt ansvariga uppmärksammar fortfarande flera brister i avvikelshanteringen som behöver säkerställas av ansvariga chefer. Brister vid rapportering av avvikelser och avsaknad vid utredning av avvikelser leder till konsekvenser för den enskilda patienten men även för övriga patienter där lärdomar och det förebyggande arbetet uteblir. EC behöver ökad kunskap om utredningsarbete samt vikten att ta fram adekvata åtgärder för att minska risken att avvikelser inträffar igen.

Resultaten i MCSS gällande följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser visar att det fortfarande är ett stort antal HSL-insatser som inte utförs eller som utförs försent. Det har skett viss förbättring utifrån det arbete verksamheterna gjort under 2025, men fortsatt arbete behövs i verksamheterna för att höja patientsäkerheten.

Följsamheten till basala klädregler- och hygienrutiner behöver systematiskt säkerställas i alla verksamheter. Det systematiska arbetet behöver dokumenteras och följas upp under året. Förhoppningsvis kommer fler EC se fördelar med att sammanställa det systematiska hygienarbetet under Antibiotika Smart för bästa överblick.

Det är tydligt att det systematiska patientsäkerhetsarbetet fungerar bättre vid de enheter/inom de verksamhetsområden där det finns strukturerade reflektions/dialogforum som exempelvis metodmöten

och verksamhetsmöten och som leds av specifika funktioner. De enheter/inom de verksamhetsområden som inte har likande forum, där kvalitetsområden lyfts oregelbundet på exempelvis arbetsplatsträffar, får inte till en utveckling av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

8 . Mål för patientsäkerhetsarbetet 2026 och uppföljning av dessa

De mål som tagits fram för patientsäkerhetsarbetet 2026 utgår från resultat och analys av 2025 års arbete. Målen för patientsäkerhetsarbetet ska, tillsammans med verksamhetens egen verksamhetsplan, bidra till ett systematiskt förbättringsarbete där målet, förutom god och säker vård, är nöjda patienter och en verksamhet av hög kvalitet.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet 2026 kommer ske i april och i oktober, genom digitala egenkontrollsenkäter till ansvariga EC samt muntlig dialog med MAS, MAR och respektive VC kring enkäternas resultat och ledningsgruppernas analyser. Resultat från uppföljningarna presenteras två gånger per år (juni och december) till FLG samt i patientsäkerhetsberättelse 2026 till vård- och omsorgsnämnden.

Förvaltningen har en god säkerhetskultur

Uppföljning 2026 för att säkerställa en god säkerhetskultur:

- Sammanställning av årets avvikelser och hantering av dessa.
- Antal allvarliga vårdskador eller risker för allvarliga vårdskador samt åtgärder.
- Synpunkter och klagomål som rör patientsäkerhet samt åtgärder.

Alla medarbetare har adekvat kunskap och kompetens för sitt uppdrag

Uppföljning 2026 för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens:

- Basala kläd- och hygienrutiner
 - Självskattningar genomförda enligt plan, med resultat på aggregerad nivå
 - Årlig hygienkartläggning genomförd med, där det behövs, därtill hörande handlingsplan
 - PPM mätning genomförd 2 ggr under året
 - Svenska HALT mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning
 - Samarbetet mellan HO och hygiensjuksköterskor. Utbildningstillfällen och nätverkstillfällen för nya HO
 - Följsamheten till användning av/ tvätt av arbetskläder
 - Effekten av det systematiska hygienarbetet, på detalj- och aggregerad nivå
 - Uppföljning av Antibiotikasmart Sverige diplomerad verksamhet
- HSL dokumentation
 - Kollegial journalgranskning - resultat och planerade åtgärder.
 - Journalgranskning av MAS och MAR – finns adekvata vårdprocesser och korrekta åtgärds-koder (KVÅ)?
- Följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser
 - Statisk från MCSS.
 - Statistik rapporterade avvikelser.

- Journalgranskning av MAS och MAR - finns det vårdplaner för alla HSL-insatser som delegerats/ordinerats och återkopplar omsorgspersonal via vårdplaner?
- Läkemedelshantering
 - Är delegeringsprocessen känd?
 - Är ny delegeringsprocess samt anvisning för delegering beslutad och implementerad?
 - Har antalet "larm" läkemedelsavvikelser i MCSS minskat?
- Förflyttningsteknik
 - Andel medarbetare som gått grundläggande förflyttningsutbildning.
 - Avvikelser och anmälda arbetsskador som rör förflyttning.
- Implementering av rehabombud
 - Finns RO på alla enheter?
 - Hur ger EC utrymme för uppdraget?
 - Vilka förbättringar syns i det rehabiliterande och hälsofrämjande arbetet?
- Hantering av grundutrustning och verksamhetsutrustning
 - Har alla enheter register över produkter i grundutrustning där man kan följa inköpsår, senaste besiktning, service och reparation för respektive produkt?
 - Har alla enheter besiktigat hjälpmedel och andra medicintekniska produkter i grundutrustning/verksamhetsutrustning enligt plan?

Patienten upplever delaktighet och god tillgänglighet

Uppföljning 2026 för att säkerställa att patienten är delaktig i vård och behandling:

- Patientens upplevelse av delaktighet och tillgänglighet i GR:s patientenkät samt lokal patientenkät.
- Direkt patient tid för legitimerad personal.
- Synpunkter och klagomål utifrån förvaltningens tillgänglighet.

Teamarbete och samverkan fungerar väl både internt och externt

Uppföljning 2026 för att säkerställa bra teamarbete och samverkan:

- Hur fungerar enheternas rutiner för teamarbete och samverkans forum?
- EC:s och VC:s upplevelse av teamarbetet i digitala enkäter samt vid dialogmöten.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål där teamsamverkan saknas eller brister.

God följsamhet till arbetsätt som förebygger vårdskador

Uppföljning 2026 för att säkerställa arbetsätt som förebygger vårdskador:

- Andel patienter som fått riskbedömningar
- Andel patienter som fått åtgärder registrerade utifrån riskbedömningar
- Andel patienter som fått åtgärder utifrån riskbedömningar uppföljda
- Andel patienter som fått intyg nödvändig tandvård
- Andel omsorgspersonal som genomgått grundläggande munhälsoutbildning

God vård i livets slut

Uppföljning under 2026 för att säkerställa god vård i livets slut:

- Statistik Svenska Palliativregistret

- Andel omsorgspersonal som gått webbutbildningen i palliativ vård ”*Lindring bortom boten*”

God och säker demensvård

Uppföljning under 2026 för att säkerställa god och säker demensvård:

- Implementering modellen Stjärnmärkt
- Implementering och följsamhet till BPSD utifrån anvisning och rutin
- Andel omsorgspersonal som gått digital utbildning Demens ABC
- Andel omsorgspersonal inom äldreomsorgen som gått BAS-utbildning demens