



Diarienummer VON 00007/2023

Patientsäkerhetsberättelse för Mölnåls stad 2022



Datum: 2023-02-23

Ansvariga för innehållet:

Karin Blomqvist, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Cecilia Olsson, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Christina Wadell, verksamhetschef hälso- och sjukvård

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

Patientsäkerhetsberättelsen för Mölndals stad följer den nationella mallen som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram utifrån Socialstyrelsen nationella handlingsplan ”Agera för säker vård”:

- *Grundläggande förutsättningar för säker vård* – beskriver hur organisationen byggt upp en struktur för ansvarsfördelning och samverkan med övriga aktörer för att säkerställa patientsäker vård och omsorg samt vilka utbildningsåtgärder som genomförts.
- *Agera för säker vård* – innefattar tre delar:
 - Beskrivning av processer och arbetssätt i förvaltningen som ska säkerställa patientsäkerhet.
 - Egenkontroller på olika nivåer för att säkerställa att processer och arbetssätt fungerar.
 - Mål, strategier och åtgärder under 2022 för att förbättra patientsäkerhet samt analys av dessa.
 - Sammanställning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt analys av dessa.
- *Mål och strategier för 2023* – plan för uppföljning av olika indikatorer utifrån resultat och analys av patientsäkerhetsarbetet 2022.

I Mölndals stad har totalt 1666 patienter varit inskrivna i kommunal primärvård under 2022. Alla patienter som bor på särskilt boende SoL och bostad med särskild service LSS (BMSS) är inskrivna i kommunal primärvård medan de invånare som bor i ordinärt boende skrivs in i kommunal primärvård när behov uppstår.



Figur 1. Illustration över handlingsplanens områden

Bilden visar de områden som finns i nationella handlingsplanen ”Agera för säkert vård”. För att säkerställa god och säker vård i en organisation behöver alla områden vara väl fungerande.

Källa:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

SAMMANFATTNING	5
1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	6
1.1.1 Övergripande mål och strategier	6
1.1.2 Organisation och ansvar	6
1.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
1.1.4 Informationssäkerhet.....	9
1.2 En god säkerhetskultur.....	9
1.3 Adekvat kunskap och kompetens	9
1.4 Patienten som medskapare.....	10
1.5 Nationell tillsyn av äldreomsorgen	11
2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
2.1 Processer och arbetssätt som förebygger vårdskador	11
2.1.1 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift	12
2.1.2 Digital signering.....	12
2.1.3 Riskbedömningar enligt Senior alert och Nikola	12
2.1.4 Skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	12
2.1.5 Basala klädregler - och hygienrutiner	13
2.1.6 Kvalitetsindikatorer för palliativ vård.....	13
2.1.7 Riskbedömning suicid.....	14
2.2 Egenkontroller	14
2.3 Mål, strategier, åtgärder, resultat samt analys och planerade åtgärder	15
2.3.1 Hygien.....	22
2.3.2 Covid-19-pandemin	23
2.3.3 Vaccinationer.....	24
2.3.4 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift	25
2.3.5 Kvalitetsregister Senior alert och Nikola	26
2.3.6 Riskbedömning suicid.....	27
2.3.7 Teamsamverkan	27
2.3.8 Svenska Palliativregistret	29
2.3.9 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom och BPSD-registret.....	29
2.3.10 Öka digitalisering i verksamheterna.....	29
2.4 Avvikelser, synpunkter och klagomål 2022.....	30
2.4.1 Synpunkter och klagomål	30
2.4.2 Fallavvikelser	30
2.4.3 Läkemedelsavvikelser.....	32
2.4.4 Medicintekniska avvikelser	34

2.4.5 Avvikelser i vårdsamverkan.....	34
2.4.6 Avvikelser dokumentation hälso- och sjukvård	34
2.4.7 Reflektioner kring avvikelser från verksamhetschefer och enhetschefer	35
2.5 Vårdskador	36
2.6 Analys av medicinskt ansvariga.....	37
3. MÅL OCH STRATEGIER 2023.....	38
3.1 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	38
3.1.1 En god säkerhetskultur.....	38
3.1.2 Adekvat kunskap och kompetens	39
3.1.3 Patienten som medskapare	39
3.1.4 Teamarbete och samverkan.....	39
3.2 AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	40
3.2.1 Processer och arbetssätt som förebygger vårdskador	40
3.2.2 Palliativ vård – god vård i livets slut.....	40
Bilaga 1. Årsrapport SIP-implementering.....	41
Bilaga 2 - Punktprevalensmätning PPM Basala klädregler- och hygienrutiner.....	45
Bilaga 3 - SVENSKA HALT mätning resultat	48
Bilaga 4 - Statistik från MCSS.....	49
Bilaga 5 - Kvalitetsregister Senior Alert och Nikola.....	52
Bilaga 6 - Svenska palliativregistret.....	56
Bilaga 7 – Tandvårdsregistret.....	59

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 närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vård och omsorgsförvaltningen har ambitionen att intensifiera arbetet med omställningen till en god och nära vård med syfte att stärka och tydliggöra patienten/brukarens ställning samt främja integritet och delaktighet. I detta arbete är det systematiska patientsäkerhetsarbetet en viktig del och under 2022 har förvaltningen arbetat vidare med att utveckla personcentrerad vård och det systematiska arbetet med förebyggande insatser för patienter inskrivna i kommunal primärvård.

Vård och omsorgsförvaltningen har under 2022 arbetat vidare med att utveckla vård och omsorg för individer med en demenssjukdom, så att förvaltningens arbete går i linje med de nationella riktlinjerna. Förvaltningens demenssjuksköterska har en mycket viktig roll i detta arbete. Förvaltningen har även arbetat intensivt med det förebyggande arbetet för att förhindra suicid där psykiatrisjuksköterskan har en mycket viktig roll.

Dialog kring det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har förts regelbundet på olika nivåer under året vilket är positivt. Under 2022 har förvaltningen gjort en stor satsning med att utbilda alla verksamhetschefer, skrivenhetschefer och metodstödare i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt erbjudit stöd till enhetschefer att implementera dessa arbetssätt. Trots denna satsning ser medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 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. Den konsult som hållit i utbildningen systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2022 kommer anlitas under 2023 för dialog kring hur förvaltningen kan arbeta vidare med detta.

Likt tidigare år har dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser varit ett viktigt fokusområde i verksamheterna. Under 2022 har framför allt arbetet med vårdplaner (instruktioner för de hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/ordineras till omsorgspersonal) intensifierats.

Under 2022 har den pågående pandemin bland annat påverkat verksamheterna vad gäller tidvis högt personalbortfall relaterat till sjukdom Covid-19. Statistik av antal insjuknade patienter avslutades under våren 2022, fram till dess hade 109 patienter insjuknat i Covid-19, 3 patienter avled med eller i Covid-19.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) startade under pandemin covid-19 en nationell tillsyn av äldreomsorgen. Tillsynen har fortsatt under 2022 med fokus på hela den medicinska vården. I tillsynen följer IVO också upp effekterna av de åtgärder som kommunen meddelat ska genomföras utifrån de brister som framkommit efter den första tillsynen. Uppföljning och dialog kring resultat av tillsynen sker i januari 2023.

1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

1.1.1 Övergripande mål och strategier

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

MAS och MAR presenterar varje år en patientsäkerhetsplan där förvaltningens mål och strategier för att förebygga vårdskador inom olika områden specificeras, samt vilka indikatorer som ska användas för att följa patientsäkerhetsarbetet under året. Patientsäkerhetsplanen dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen och beslutas i vård- och omsorgsnämnden. De områden som ska följas upp tas fram utifrån MAS och MAR:s regelbundna dialoger med verksamheterna samt utifrån de avvikelser som hanterats under föregående år.

1.1.2 Organisation och ansvar

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

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ingår i förvaltningens ordinarie arbete sedan 2014. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämnden (VON) i Mölndals stad bedriver hälso- och sjukvård inom verksamheterna äldreomsorg (ÄO), hälso- och sjukvård (HS) samt funktionsstöd (FS).

1.1.2.1 Kommunens vårdgivaransvar

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter, riktlinjer och politiska beslut.

1.1.2.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård (verksamhetschef HSL) ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att säkerställa att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs i enlighet med förvaltningens ledningssystem och gällande lagstiftning.

1.1.2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det i den kommunala primärvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. I Mölndals stad finns det även en fysioterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

MAS och MAR ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård och rehabilitering. MAS och MAR upprättar riktlinjer för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. MAS och MAR ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef HSL vid frågor som berör hälso- och sjukvård.

1.1.2.4 Enhetschefens ansvar

Enhetschef (EC) ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. EC för respektive område har det operativa ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som ställs på att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård, utifrån hälso- och

sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I EC:s hälso- och sjukvårdsansvar ingår att få medarbetarna delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och i rapportering av avvikelser. EC ska även säkerställa att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter, inklusive HSL-dokumentation, så att de kan bidra till att förebygga vårdskador. EC ska kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelshantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

1.1.2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

I patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra med en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera vårdskador eller händelser som kunnat medföra vårdskada. Dessa ska rapporteras i verksamhetssystemet Treservas avvikelsemodul.

1.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård- och omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i ett antal samverkansdokument/överenskommelser.

1.1.3.1 Samverkan NOSAM

Närområdessamverkan (NOSAM) har tre grupperingar med inriktningarna: Äldre, Barn och unga samt Psykiatri/Mitt i livet. I NOSAM deltar olika verksamheter inom primärvård, slutenvård och kommun. Från vård och omsorgsförvaltningen ska verksamhetschefer för äldreomsorg, funktionsstöd/socialpsykiatri, hälso- och sjukvård, MAS, MAR samt EC bistånd och HSL delta. Under pandemin pausades samverkan i NOSAM men arbetet har återupptagits under 2022. Mölndals stad ansvarade för ordförandeskapet i NOSAM under 2022.

1.1.3.2 SAMSA, samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård

Samverkan vid utskrivning är den lag (2017:612) som reglerar in- och utskrivningsprocessen för personer som har behov av insatser efter utskrivning från slutenvården. Syftet med lagen är att patientens övergång från slutenvård till öppenvård ska vara trygg och säker samt främja en god vård och socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser. Lagen ska också främja utskrivning så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att en person är utskrivningsklar och inte längre har behov av slutenvårdens resurser. Utifrån lagen som trädde i kraft 1 januari 2018 har Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner kommit överens om en [riktlinje](#) för in- och utskrivningsprocessen och hur betalningsansvaret ska regleras i länet.

1.1.3.3 SIP – samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan (SIP) är ett samverkansverktyg för att säkerställa att patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Riktlinjen för SIP beslutades 2020-11-03 av Vårdsamverkan i Västra Götaland och gäller till och med 2023-12-31. Vårdsamverkan i Göteborg (Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndal stad, Partille kommun och Öckerö kommun) har utifrån riktlinjen tagit fram en delregional implementeringsplan där varje NOSAM-område ska utse SIP-samordnare och SIP-utbildare. NOSAM Mölndal tog under våren 2022, efter dialog med delregional nivå, beslut om att göra om rollen som SIP-utbildare till SIP-kunnig med reviderad uppdragsbeskrivning för att få fler enheter att utse SIP-kunniga personer. Två SIP-samordnare, varav MAR har den ena rollen, har under 2022 arbetat med att implementera SIP-arbetet i NOSAM Mölndal. SIP-samordnarna har haft lokala nätverksträffar med de 35 personer i verksamheterna som under året

utsetts till SIP-kunniga. SIP-samordnarna har även arbetat fram en lokal utbildning som komplement till den SIP-utbildning som delregionala SIP-koordinatorer håller i. Det behövs fortsatt arbete 2023 för att fler verksamheter inom NOSAM Mölndal ska utse och utbilda SIP-kunniga. För mer information om arbetet, se årsberättelse för SIP-implementering NOSAM (Bilaga 1). I verksamhetssystemet Treserva finns inte möjlighet att hitta statistik över antalet genomförda SIP utan detta behöver mätas på annat sätt framöver för att kunna följa och utvärdera hur arbetet med SIP utvecklas.

1.1.3.4 Mobil röntgen

Sahlgrenska Universitetssjukhusets projekt med mobil röntgen växer och under 2022 har Mölndal ingått i upptagningsområdet och flera särskilda boenden för äldre ingår i samverkan med Mobil röntgen. Samverkan planeras öka med fler ÄBO och eventuellt även ordinärt boende 2023.

Varje år drabbas cirka 18 000 personer av höftfraktur i Sverige. De drabbade är generellt äldre, en åldersgrupp som på sikt växer. Det gör att intresset för mobil röntgen och möjligheten att röntga på plats i bostaden för att upptäcka eventuell fraktur ökar. Det finns även vinster på bemanningssidan. I de fall patienten har en fraktur, löser ambulanssjukvården en direktinläggning på vårdavdelning. Personal från boendet behöver då inte följa med in till sjukhuset.

1.1.3.5 Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för läkarinsatser inom kommunens ansvarsområden vilket innefattar alla personer som vistas på äldreboende, bostad med särskild service, i daglig verksamhet och dagverksamhet samt personer som bor i ordinärt boende och är inskrivna i kommunal primärvård. Avtal reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan med den kommunala primärvården. Det finns samverkansavtal mellan Mölndals stad och primärvården Västra Götalandsregionen samt avtal mellan Mölndals stad och de vårdcentraler som tillhör NOSAM. Nya avtal upprättas årligen.

Uppföljning av läkarmedverkan har under 2022 skett på särskilt strukturerat sätt. Verksamhetschef HSL, MAS och enhetschefer för sjuksköterskor i förvaltningens olika verksamheter har under oktober och november haft dialogmöten med verksamhetschefer från varje vårdcentral (antal 10). På varje möte har samverkan 2022 diskuterats och en plan för samverkan 2023 tagits fram. Varje vårdcentral har tagit fram en rutin för samverkan 2023 som signeras av båda parter och läggs som bilagor till Närområdesplanen (NOP-plan) för 2023. Rutinerna kommer följas upp under slutet av 2023.

1.1.3.6 Vårdhygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Smittskyddet VGR

Vårdhygiens roll är att som sakkunniga samarbeta med och stötta kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. I rollen ingår bland annat stöd genom utbildning av sjuksköterskor med särskilt hygienansvar. Vårdhygien bidrar även med en mängd underlag för utbildning och stöd för egenkontroller av de basala klädreglerna och hygienrutinerna.

Vårdhygien har fortsatt bidragit med stöd till förvaltningen relaterat till Covid-19 under 2022. Bland annat har vårdhygien haft regelbundna digitala avstämningar med MAS-nätverket under året.

Vårdhygien på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har samlat alla regionala rutiner på sin hemsida som gäller för kommunal vård och omsorg i Göteborg och södra Bohuslän. Dessa vårdrutiner vänder sig till all vårdpersonal inom kommunal primärvård.^[1]

^[1] [Länk: Vårdhygiens hemsida](#)

1.1.3.7 Avvikelser i samverkan – MedControl Pro (MCP)

Avvikelser i vårdsamverkan hanteras digitalt i det regiongemensamma verktyget MCP enligt gällande avvikelseriktlinje. Detta ger ökad spårbarhet och möjlighet till snabbare återkoppling än den tidigare manuella hanteringen.

1.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

NIS-direktivet, *The Directive on security of network and information systems*, är ett direktiv med syfte att höja EU-medlemsstaternas skyddsnivå när det gäller samhällskritisk infrastruktur. NIS-direktivet trädde i kraft den 1 augusti 2018 i Sverige genom lagen om informationssäkerhet för leverantörer av samhällsviktiga och digitala tjänster.

I september 2021 antog vård- och omsorgsnämnden riktlinjen för informationssäkerhet, ”Informationssäkerhet VOF”, som kompletterar stadens riktlinje. Syftet med den lokala riktlinjen är att förtydliga förvaltningens ansvar för ett systematiskt och kontinuerligt informationssäkerhetsansvar, samt att beskriva vad som ingår ur ett strategiskt, taktiskt och operativt perspektiv. Organisationen bygger på att ansvaret för informationssäkerhetsfrågor följer det ordinarie verksamhetsansvaret.

1.2 En god säkerhetskultur

I samband med utredningar av inträffade händelser har MAS och MAR likt tidigare år fångat brister i verksamheterna avseende patientsäkerhetskulturen. Det kan exempelvis handla om att medarbetare inte rapporterar avvikelser, att avvikelser inte utreds ordentligt eller att samma händelse inträffar gång på gång. Under 2022 har medvetenheten om bristande patientsäkerhetskultur ökat bland förvaltningens chefer. Flera verksamhetschefer har vid dialogmöten med MAR och MAS lyft att det finns ett behov att arbeta med en förändring i patientsäkerhetskulturen där risk- och avvikelshantering behöver ses som en möjlighet att förbättra kvalitet och patientsäkerhet.

1.3 Adekvat kunskap och kompetens

Förvaltningen har under 2022 genomfört en utbildningssatsning för att ge förvaltningens chefer och stödfunktioner ökad kunskap i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Alla chefer går utbildning tre heldagar och har möjlighet till individuell coaching mellan utbildningstillfällena. Sista utbildningstillfället blir i februari 2023. MAS och MAR kommer tillsammans med VC HSL och ytterligare strategiska funktioner ha ett konsultationstillfälle med kursledaren efter avslutad kurs för att ta del av vilka utvecklingsområden som hon ser behöver prioriteras i Mölndals stad.

Verksamhetsutvecklare HSL har under året utbildat EC inom äldreomsorg och funktionsstöd i omställningsarbetet kring God och nära vård och vad det innebär i förändrat arbetssätt.

EC inom HSL och äldreomsorg har deltagit i arbetsgrupper där fokus varit på utveckling av teamarbete på olika nivåer.

Utbildningar i avvikelshantering för EC har genomförts under året. Som stöd finns även manualer kring avvikelshantering som stöd för arbetet.

Utöver utbildningssatsningen för chefer ovan har sammanlagt 49 sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomfört utbildning i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i vårdnära teamarbete och samarbete med operativ enhetschef.

MAR har under året haft månatliga möten med leg. arbetsterapeuter och leg. fysioterapeuter för att öka kunskap kring vårdplaner, avvikelshantering, hjälpmedelsförskrivning och omställningen god och nära vård.

Under 2022 har arbetet med att utveckla förvaltningens lärplattform för utbildning och fortbildning, VOF-akademin, fortsatt. Under 2022 har rehabenheten färdigställt en ny förflytningsutbildning där den teoretiska utbildningen sker via VOF-akademin före den praktiska utbildningsdelen. Detta frigör mer tid för praktiska utbildningar och medför att större andel av omsorgspersonal får möjlighet att delta på förflytningsutbildning.

Statsbidraget Äldreomsorgslyftet har under 2022 finansierat medarbetares vidareutbildning till undersköterska eller specialistundersköterska. Sex personer har fått titeln undersköterska under 2022. Nio personer blir färdiga specialistundersköterskor under 2023.

Inom ramen för äldreomsorgslyftet har även enhetschefer inom äldreomsorgen fått möjlighet att läsa en ledarskapsutbildning innehållande äldreomsorgens organisation, ledarskap och medarbetarskap, etik och nationell värdegrund, lagstiftning och styrdokument samt förbättringskunskap och digitalisering. Under 2022 genomförde åtta enhetschefer hela utbildningen.

MAS och MAR ingår i förvaltningens utbildningspaket för nya chefer. MAS och MAR har även haft introduktionstillfälle 2022 för nyanställda sjuksköterskor.

EC inom äldreomsorgen ser ett behov av att framöver anställa fler undersköterskor med specialistkompetens för att möta behovet av mer avancerad vård i kommunal verksamhet.

1.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Legitimerad personal och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvård på delegering/ordination har alltid som mål att arbeta med patienten i centrum. Att patienten ska vara delaktig i planering av sin vård är en förutsättning för en god och säker vård. Målen för patientens vård sätts i möjligaste mån i enlighet med patientens önskemål i samverkan med sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut. Närståendes roll och delaktighet i vårdprocessen är också viktig för att uppnå goda resultat. I samband med inskrivning i kommunal primärvård genomförs alltid ett samtal mellan patient och sjuksköterska samt om möjligt även närstående.

Under andra halvåret har ökat antal miniteam, där patienten deltar, genomförts där patientansvarig sjuksköterska genomfört riskbedömningar för att förebygga vårdskador.

Under våren 2022 har dialogmöten genomförts med MAR, verksamhetschef HSL och arbetsterapeuter/fysioterapeuter där bland annat arbetssätt för att öka patientens delaktighet har diskuterats.

Under hösten 2022 har dialogmöten genomförts med MAS, enhetschef HSL funktionsstöd och sjuksköterskor kring arbetssätt med miniteam (se punkt 2.1.3) för att öka patientens delaktighet och öka patientsäkerheten.

Ett utvecklingsarbete framåt är att skapa en gemensam struktur för hur patientens och ev. närståendes delaktighet ska dokumenteras i journalsystemet så att det går att ta fram statistik kring detta och på så

sätt kunna säkerställa att patienten är delaktig i sin vård och behandling.

1.5 Nationell tillsyn av äldreomsorgen

Inspektionen för vård och omsorg har en pågående nationell tillsyn av den kommunala primärvården för patienter på särskilt boende för äldre (SÄBO). Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på SÄBO.


I juni presenterade IVO det nationella resultatet av tillsynen för Sveriges kommuner. I augusti publicerades också en delrapport av det nationella resultatet.

Nedan ses sammanställning av de risker som framkommit för Mölndals stad utifrån journalgranskning och enkätresultat. Sammanställningen berör tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede.

Varje tillsynsområde har riskbedömts och resultatet illustreras med ljus till mörkfärgnyans. Stark färg indikerar hög risk i förhållande till andra kommuner.

Riskbedömning för Mölndal

Tillsynsområde	Sammanvägning
Individuell bedömning och kompetens	
Kontinuitet och dokumentation	
Läkemedel	
Vård i livets slutskede	
Sammanvägd bedömning	



IVO kommer genomföra fortsatt inspektion i januari 2023 genom

1. Intervjuer med två till sex patienter som bor på kommunens SÄBO.
2. Gruppintervju med sjuksköterskor som arbetar med hälso- och sjukvårdsinsatser på kommunens SÄBO.
3. Dialog med ansvarig ledning för hälso- och sjukvården; nämndens ordförande, förvaltningschef, verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

2.1 Processer och arbetsätt som förebygger vårdskador

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Nedan beskrivs de viktigaste processerna och arbetsätten inom kommunal primärvård i förvaltningen.

2.1.1 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Legitimerad personal i Mölndals stad delegerar under året kontinuerligt hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal enligt riktlinje för delegering. I riktlinjen framgår vilka krav som ställs både på den som delegerar och den som tar emot delegering, vem som har vilket ansvar och hur uppföljning av delegerade insatser ska ske.

2.1.2 Digital signering

Under hösten 2021 infördes MCSS, ett system där både legitimerad personal och enhetschefer inom äldreomsorg och funktionsstöd kan få en bättre överblick över de hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/ordineras till omsorgspersonal. Systemet larmar direkt när en patient inte får sin hälso- och sjukvårdsinsats så som läkemedel, sårömläggning eller träning i tid, vilket minskar risken att insatser uteblir.

2.1.3 Riskbedömningar enligt Senior alert och Nikola

Senior alert och Nikola är nationella kvalitetsregister och verktyg för att förebygga vårdskador för patienter som riskerar att falla, drabbas av trycksår, malnutrition, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter patienten inom hälso- och sjukvård.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert och Nikola bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

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

Genom att använda Senior alert och Nikola systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och verksamheten ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten både på individ- och övergripande nivå.

Under 2022 har några verksamheter påbörjat ett mer patientnära arbetssätt vid genomförandet av riskbedömningarna. Sjuksköterska genomför, efter patientens samtycke, riskbedömningen tillsammans med patienten, en kontaktperson och eventuellt någon närstående till patienten samt arbetsterapeut/fysioterapeut = miniteam. Detta sätt att arbeta ökar på ett bra sätt patientens delaktighet och denna miniteamsamverkan är en åtgärd mot en God och säker vård.

Arbetet med riskbedömningar följs regelbundet upp på övergripande nivå på hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

2.1.4 Skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande, framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Förvaltningen tog under våren 2018 beslut om att implementera ett systematiskt arbete enligt BPSD inom alla särskilda boende för äldre samt inom alla hemvårdsenheter. Arbetet har avstannat ett flertal

gångar på grund av pandemi och personalomsättning men är nu i gång igen. För mer information se 2.3.9.

BPSD-registrets syfte är att genom ett strukturerat arbetssätt och tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och därigenom ge ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Under våren 2022 skedde en granskning av demensvården i Mölndals stad. Resultatet i revisionsrapporten kom i juni och visade bland annat att förvaltningen behöver öka medarbetarens kunskap om demens och säkerställa fungerande teamarbete runt patienter med demenssjukdom.

2.1.5 Basala klädregler - och hygienrutiner

Basala klädregler- och hygienrutiner ska tillämpas av all vård- och omsorgspersonal där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och vårdform och om vård- och omsorgstagaren bär på en känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10, AFS 2018:4). Vårdgivare ska vidare se till att arbetstagare har kunskap om och tillämpar basala hygienrutiner samt ges regelbunden kompetensutveckling inom vårdhygien (HSL 2017:30, SFS 1985:125, AFS 2018:4, SOSFS 2011:9).

Syftet med basala klädregler- och hygienrutiner är god patientsäkerhet genom att förhindra smittoöverföring inom vård och omsorg, det är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

I Mölndals stad finns utsedda sjuksköterskor med hygienansvar som ska samverka med hygienombud på respektive enhet. All nyanställd omsorgspersonal genomför Socialstyrelsens webbutbildning i Basala klädregler- och hygienrutiner och alla anställda genomför webbutbildningen för hygienkörtkort minst en gång per år. För att mäta följsamhet till Basala klädregler- och hygienrutiner genomför hygienombuden självskattningar fyra ggr per år. En hygienkartläggning ska göras av enhetschef för respektive enhet och aktuella verksamheter ska delta i de punktprevalensmätningar av Basala klädregler- och hygienrutiner som genomförs genom SKR. Enhetschef har ansvar för analys av resultat från de olika mätningarna samt aktuellt förbättringsarbete. Under 2023 kommer den manuella hanteringen av självskattning och hygienkartläggning ersättas med digitalt enkätverktyg för att underlätta genomförande, sammanställning och utvärdering.

2.1.6 Kvalitetsindikatorer för palliativ vård

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med att verksamheterna mäter och registrerar de kvalitetsindikatorer som finns med i registret är att förbättra vården i livets slut för patienten och närstående. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Sjuksköterska besvarar en enkät med ca 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet och det finns även en enkät som riktar sig till närstående.

Mölndals stad registrerar enhetsvis alla dödsfall i Svenska Palliativregistret enligt följande kvalitetsindikatorer: brytpunktssamtal, munhälsobedömning sista levnadsveckan, mänsklig närvaro i dödsögonblicket, ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott, ordination injektion ångestdämpande vid behov, smärtskattas sista levnadsveckan samt utan trycksår.

2.1.7 Riskbedömning suicid

Patienter med risk att ta sitt liv förekommer inom alla delar av hälso- och sjukvården. Hälften av de som dör i suicid har en pågående kontakt med den psykiatriska vården, men betydligt fler har haft kontakt med övrig hälso- och sjukvård. Det är därför viktigt att alla delar av hälso- och sjukvården har kunskap om suicidprevention och om hur sårbara individer ska bemötas.

Legitimerad personal (alternativt ansvarig sjuksköterska) genomför strukturerade suicidriskbedömningar för patienter inskrivna i kommunal primärvård och dokumenterar dessa i patientjournalen. Riskbedömningarna kan fungera som underlag till handlingsplan för att kunna sätta in adekvata åtgärder för att minska risken för suicid.

2.2 Egenkontroller

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala klädregler- och hygienrutiner självskattning	4 gånger per år	Enheternas hygienombud genomför kontinuerliga självskattningar av hygien och sammanställer resultat. Enhetschef ansvarar för att resultatet analyseras och adekvata åtgärder sätts in vid behov.
Hygienkartläggning	1 gång per år	Enhetschef ansvarar för genomförandet och eventuell handlingsplan när behov av detta visar sig.
Punktprevalensmätning Basala klädregler- och hygienrutiner	1 gång under 2022	Hygienombud och sjuksköterska med hygienansvar genomför mätningen. MAS lägger in alla resultat i den nationella mätningen som genomförs med SKR.
Svenska HALT	Genomfördes under hösten 2022	Register i Senior alerts databas.
Avvikelser	Helårssammanställning görs av MAS och MAR. Redovisas i patientsäkerhetsberättelse.	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet. För mer info se 2.4
Synpunkter & klagomål	Helårssammanställning i patientsäkerhetsberättelse av MAS och MAR.	Artise, Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet. För mer info se 2.4.1
Läkemedelshantering	Extern granskning inom funktionsstöd och ordinärt boende under 2022	Analys av extern granskning samt information från verksamheterna.
Loggning Treserva	Görs enligt årshjul av EC	I dagsläget kan enhetschef inte slumpa ut anställda till en loggningskontroll utan de behöver göra loggning manuellt.
Direkt patienttid för leg. Personal	Tidsregistrering manuellt 1 ggr/år. Vårdtyngdsmätning genom Ensolution 1ggr/år	Excelfiler för manuell registrering Resultat från Ensolution
Andel patienter inom kommunal primärvård som fått riskbedömning enligt Senior alert	Uppföljning 3 ggr/år inom HSL utifrån årshjul Uppföljning 1 ggr/år av MAR och MAS	Kvalitetsregister Senior alert
Kvalitetsindikatorer palliativ vård för patienter inom kommunal primärvård	Uppföljning 2 ggr/år inom HSL utifrån årshjul Uppföljning 1 ggr/år av MAR och MAS	Palliativregistret
Andel patienter med demenssjukdom som fått BPSD-skattning	Uppföljning 2 ggr/år inom HSL utifrån årshjul Uppföljning 1 ggr/år av MAR och MAS	BPSD-registret

Andel enheter inom SoL och LSS som har aktiva rehab ombud	Uppföljning av MAR 3 ggr per år via dialogmöten med VC.	Rapport från VC vid dialogmöten
Andel enheter inom SoL och LSS som har aktiva hygienombud	Uppföljning av MAS 3ggr per år via dialogmöten med VC	Rapport från VC vid dialogmöten
Antal aktiva sjuksköterskor med särskilt hygienansvar	Uppföljning av MAS 3ggr per år via dialogmöten med VC	Rapport från VC vid dialogmöten

2.3 Mål, strategier, åtgärder, resultat samt analys och planerade åtgärder

MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS och ÅTGÄRD
God följsamhet till basala klädregler - och hygienrutiner	<p>1) God introduktion för nyanställd personal samt regelbunden repetition för alla medarbetare.</p> <p>2) Det finns sjuksköterskor med särskilt hygienansvar, dessa ska samverka med hygienombud som ska finnas i alla verksamheter</p> <p>3) För att mäta följsamhet till Basala klädregler- och hygienrutiner genomför hygienombuden självskattningar fyra ggr per år.</p> <p>4) Hygienkartläggning för varje verksamhet ska genomföras av enhetschef tillsammans med hygienombud och ssk.</p> <p>5) Aktuella verksamheter ska delta i de punktprevalensmätningar PPM av Basala klädregler- och hygienrutiner som genomförs genom SKR.</p>	<p>1) All nyanställd omsorgspersonal genomför Socialstyrelsens webbutbildning i Basala klädregler- och hygienrutiner och alla anställda genomför webbutbildningen för hygienkörtkort minst en gång per år.</p> <p>2) Mail grupper i Treserva framtagna i maj 2022, alla hygienombud, enhetschefer och ssk med hygienansvar ingår i olika mail grupper i syfte att underlägga samverkan.</p> <p>3) Självskattningar och punktprevalensmätningar genomförda i ett flertal verksamheter</p>	<p>1) Hygienkörtkort genomförda i de flesta verksamheter</p> <p>2) Inga utbildningar för hygienombud har genomförts I förvaltningen under 2022.</p> <p>3) Resultat från självskattningar finns ej att tillgå under 2022.</p> <p>4) Det saknas information om någon verksamhet genomfört hygienkartläggning under 2023</p> <p>5) Resultat från PPM mätning finns i bilaga 2.</p>	<p>2) Tyvärr har ssk organisationen inte haft möjlighet att genomföra utbildning för nya hygienombud eller påbyggnadsutbildning för redan utbildade hygienombud. Det finns tider i januari 2023 och februari för dessa utbildningstillfällen.</p> <p>3) 2023 kommer självskattningar att dokumenteras digitalt i enkätform för större möjlighet att systematiskt utvärdera och verksamhetsförbättra</p> <p>4) 2023 kommer hygienkartläggningarna genomföras digitalt via enkätverktyg för större möjlighet att systematiskt utvärdera</p> <p>5) Ett flertal enheter deltog i PPM mätningarna 2022.</p>
Skapa överblick över vårdrelaterade infektioner, förekomst av	Deltagande i svenska HALT	Vård och omsorgsförvaltningen deltog i den nationella mätningen HALT 2022.	Ökat antal patienter ingick i 2022 års mätning. 2021 ingick 284 patienter I den nationella mätningen,	Svenska HALT är intressant mätning som visar på antal vårdrelaterade infektioner och pågående antibiotikabehandlingar.

riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning på äldreboenden.			2022 ingick 344 patienter i mätningen. Fler än dubbelt så många kvinnor som män ingick i mätningen Se bilaga 3.	<i>Fyra pågående infektioner är dokumenterade som erhållna på äldreboendet. Dessa fyra borde även finnas dokumenterade som avvikelser med vårdskadestredning.</i>
Minimera smittspridning av covid 19	God samverkan externt och i chefslinjen som möjliggör snabba strategiska beslut samt effektiv och tydlig informationsöverföring.	Extra avstämningar med berörda verksamheter vid utbrott. MAS har haft regelbundna avstämningar med vårdhygien under 2022.	Se 2.3.2	
God vaccinations-täckning	Samtliga patienter och personal inom vård och omsorgsförvaltningen erbjuds gratis vaccination mot influensa och covid.	Sjuksköterskeorganisationen har genomfört alla vaccinationer till patienter inskrivna i kommunal primärvård.	Se 2.3.3 Den större delen av alla patienter i kommunal primärvård önskar vaccinera både emot Covid-19 alla doser och årets säsongsinfluensa.	<i>Erbjudande om gratis vaccination bidrar till ökad vaccinationstäckning</i>
Säker delegering	Riktlinje för delegering finns i ledningssystemet. Utbildningsmaterial för delegering digitalt via VOF- akademien.	1) Efter den digitala utbildningen har man lagt till att personal ska ha en fysisk träff med delegerande sjuksköterska där delegaten ska svara på ett antal uppföljande frågor samt genomföra skriftligt test. 2) SSK finns med uppdrag att utbilda i särskilda moment exempelvis lindning av ben, såromläggning, syrgasbehandling, skötsel av peg. stomi.	Säkerställd kunskap innan delegering ges.	<i>Med rätt underlag blir det tydligare för delegerande ssk att kunna delegera till rätt personer.</i>
Öka följsamhet till delegerade/ ordinerade HSL-insatser	Systemet MCSS infördes hösten 2021 för att skapa bättre och mer direkt överblick över icke signerade insatser. Leg personal och omsorgspersonal arbetar med digitala vårdplaner i Treserva.	Rutinen för kontrollräkning av läkemedel reviderad. SSK med särskilt uppdrag digitalisering ansvarar för utbildning i MCSS och även för uppföljning av systemet.	Se 2.3.4 samt bilaga 4. Ökad kontroll på läkemedelsavvikelser. Fler avvikelser dokumenteras då det blir ett minskat mörkertal. Statistik från MCSS visar låg följsamhet till delegerade/ ordinerade rehab insatser	<i>Fortsatt arbete med följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel behövs 2023. Kunskapen kring konsekvenser av uteblivna rehab insatser behöver öka hos omsorgspersonal för att få ökad följsamhet. Leg. arbetsterapeuter och fysioterapeuter behöver skriva fler avvikelser när följsamheten brister så att enheten kan arbeta med systematiska förbättringar.</i>
Ökad följsamhet till läkemedelshantering	Säkerställa följsamhet genom egenkontroll och stickprovskontroller	Extern farmaceut har granskat ordinärt boende samt funktionsstöds	Kontrollräkningen har fungerat bättre. Ansvarig sjuksköterska har omedelbart kunnat	<i>Arbetet har gett ordentlig höjning av säkerheten kring läkemedelshanteringen</i>

	samt extern granskning av läkemedelshantering.	läkemedelshantering under 2022. Fokus har varit leverans ut till patient, hantering av narkotiska preparat, säkerställande av kassering av läkemedel.	identifiera och hantera brister vad gäller hantering av kontrollläkemedel. Kassering av läkemedel sker på ett säkert sätt. Leverans av läkemedel inom ordinärt boende, funktionsstöd och äldreboende sker på ett säkert och systematiskt sätt.	
Fullgod dokumentation i patientjournal	<p>Kvalitetssäkra att legitimerad personal följer patientdatalagen.</p> <p>Öka kunskap i dokumentation i Treserva.</p> <p>Öka kunskap kring vårdplaner hos både leg. personal och omsorgspersonal</p>	<p>Superanvändargrupp HSL har återkommande möten ca 2-3 ggr/termin.</p> <p>Superanvändare har uppdaterat sina kollegor vid nyheter/ny version.</p> <p>Superanvändare HSL har haft gemensamma möten med superanvändare SoL inom hemtjänst och äldreboende.</p> <p>Metodutvecklare har genomfört individuella journalgranskningar inför SSK medarbetarsamtal med EC SSK ÅBO och ordinärt boende (OBO) resultatet legat som underlag för medarbetarsamtalet.</p> <p>Leg arbetsterapeuter och leg. fysioterapeuter har genomfört kollegial journalgranskning i mindre grupper.</p>	<p>Gemensamma superanvändarmöten mellan SoL och HSL har varit mycket uppskattade och har lett till att flera utvecklingsområden har uppmärksammats</p> <p>Journalgranskning visar att arbetsgrupperna behöver arbeta vidare med att säkerställa att alla dokumenterar på samma sätt.</p> <p>Granskningen visar också att leg. personal behöver fortsätta utveckla pedagogiska arbetssätt så att instruktioner i vårdplaner till omsorgspersonal är lättförståeliga.</p> <p>Leg. personal behöver förbättra uppföljning av måluppfyllelse i patientjournal och arbeta mer likriktat med detta.</p>	<p><i>Superanvändare HSL och SoL/LSS kommer ha gemensamma möten en gång per termin under 2023.</i></p> <p><i>Tydligare manualer/lathundar behöver tas fram kring vårdplaner för att både leg. personal och omsorgspersonal ska få bättre stöd i arbetet.</i></p> <p><i>Superanvändarna kommer under 2023 fortsätta med att utveckla standardtexter till processer för att underlätta dokumentationen.</i></p> <p><i>Dokumentation kommer finnas med som ett gemensamt verksamhetsmål för 2023 för verksamhetsplan HSL.</i></p>
Öka tillgänglighet läkare och sjuksköterska	<p>Följa resultat i brukarundersökning och vid behov skapa handlingsplan för att förbättra tillgänglighet.</p> <p>Förbättra tillgänglighet till ssk genom nytt telefonsystem.</p> <p>Skicka enkät patienter inom</p>	<p>Brugarundersökning genomförd.</p> <p>Nytt telefonsystem för ssk infört.</p> <p>Enkät utskickad till 50 slumpmässigt utvalda boendes på ÅBO i juni 2022, varav 27 patienter svarade. 15 svaranden hade enbart insatser från sjuksköterska,</p>	<p>Resultat brukarundersökning:</p> <p>Det är lätt att träffa en sjuksköterska vid behov: 50%</p> <p>Det är lätt att träffa en läkare vid behov: 28%</p> <p>Resultat från nytt telefonsystem: Tidigare många synpunkter på låg tillgänglighet från</p>	<p>För att förbättra upplevelsen av tillgänglighet till läkare utifrån resultat i brukarundersökning planerar förvaltningen att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fortsätta dialogerna inom NOSAM • använda så kallade Närsjukvårdsteam i större utsträckning • skriva avvikelse i vårdsamverkan

	kommunal primärvård med frågor kring bland annat tillgänglighet till legitimerad personal.	resterande i huvudsak kombinerade insatser med rehabpersonal.	<p>anhöriga, nu inga negativa synpunkter.</p> <p>Resultat från intern enkät: <i>Lätt att få tag leg.personal vid behov?</i> alltid/oftast: 74%</p> <p><i>Kan du få ett akut besök av leg. personal om behov uppstår?</i> alltid/oftast: 88%</p> <p><i>Överlag nöjd med insatserna från den kommunala HSV? svarade</i> alltid/oftast: 77%</p> <p><i>Får du information och kan påverka din egen vård och behandling i den utsträckning som du önskar?</i> alltid/oftast: 51%</p> <p><i>Upplever du kontinuitet i vård och behandling?</i> alltid/oftast: 74%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fortsätta med initierat gemensamt arbete kring NOP-planen <p>För att förbättra upplevelsen av tillgänglighet till sjuksköterska utifrån resultat i brukarundersökning planerar förvaltningen att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stärka dialogen och samverkan mellan olika arbetsgrupper • utveckla förändrade arbetssätt • synliggöra sjuksköterskornas uppdrag • synliggöra övrig legitimerad personals uppdrag • utveckla med hjälp av digitalisering <p>Kommunen har sedan tidigare tagit del av statsbidrag för att utöka sjuksköterske-bemanningen inom äldreboende, men det är för tidigt att se resultatet av satsningarna</p> <p>Avseende resultat intern enkät: Överlag positiva svar avseende tillgänglighet och insatsernas utförande. Utvecklingsbehov avseende patientens delaktighet samt förbättringspotential avseende kontinuitet.</p>
Få ett tydligt underlag kring direkt patienttid för leg. personal	Mätningar under 2022 för att få en tydlig bild av hur mycket tid som leg. personal i dagsläget lägger på direkta patientmöten. Resultatet blir underlag för fortsatt utvecklingsarbete med att öka direkt patienttid.	Manuell tidsregistrering april-maj för all leg. personal. Vårdtyngdmätning via Ensolution nov.	<p>Resultat manuell tidsregistrering: Trygg hemgång 35% Ssk: 33% Rehab: 24 %</p> <p>Mätningen visar stora variationer mellan olika medarbetare.</p> <p>Resultat Ensolution inte klart ännu.</p>	Målet för 2023 är att öka den tid leg. personal använder för direkta patientmöten samt att variationen i direkt patienttid mellan medarbetare ska minska. Alla medarbetare behöver vara delaktiga i arbetet att förändra arbetssätt.
All omsorgspersonal ska ha god kunskap i förflytningsteknik och i vardagsrehabilitering	Ta fram digital teoridel i förflytning-utbildning för att frigöra mer tid för praktiska utbildningar så att fler kan genomföra komplett	Framtagande av digital teoridel i förflytning-utbildning	Digital förflytning-utbildning med fokus på vardagsrehabilitering, förflytningsteknik och hantering av olika hjälpmedel klar nov 2022	Med en digital teoridel i förflytning-utbildningen kan rehabenheten erbjuda dubbelt så många praktiska utbildningstillfällen för förflytning-utbildning. Under 2023 behöver förvaltningen följa upp om

	förflyttnings- utbildning			<i>antalet utbildningstillfällen är tillräckliga.</i>
Förebygga vårdskador	Skapa struktur i det systematiska arbetet med riskbedömningar där leg personal tillsammans med patient och omsorgspersonal identifierar risker, tar fram åtgärder och följer upp dessa.	<p>Årshjul riskbedömningar och uppföljning av dessa inom HSL</p> <p>Miniteam utformade</p> <p>Under 2022 har en arbetsgrupp bestående av SSK, AT och FT tagit fram en plan hur samarbete mellan professionerna kring trycksår kan öka.</p> <p>En projektanställning har funnits i verksamheten för att ge punktstödande insatser och utbildning i registret Senior Alert</p>	<p>Endast 25% av inskrivna patienter har fått en riskbedömning.</p> <p>Mer utförlig information under 2.3.5 samt bilaga 5.</p> <p>Struktur för hur varje profession kan arbeta med trycksår är framtagen samt plan hur professionerna skall kopplas in för teamarbete kring patienten och förebygga ev. trycksår. Materialet skall presenteras i februari 2023.</p>	<p><i>Årshjul underlättar ett systematiskt arbete med riskbedömningar.</i></p> <p><i>Framtagen struktur för teamarbete kring trycksår skapar tydlighet och bättre samarbete.</i></p> <p><i>Fortsatt arbete behövs med att implementera riskbedömningar och teamarbete kring trycksår fullt ut.</i></p> <p><i>Metodutvecklare ser vid journalgranskning att SSK skapar vårdprocesser för redan inträffade händelser, detta skulle kunna tyda på att man inte hinner komma till det förebyggande arbetet utan arbetar med redan inträffade händelser.</i></p>
Alla brukare och patienter ska ha riskbedömning suicid	God kunskap hos all personal samt systematiska arbetssätt för riskbedömning suicid	<p>Screeningsdokument samt folder med egenvårdstips har tagits fram.</p> <p>Psykiatrisjuksköterska har deltagit i utbildningar, stadsövergripande MHFA samt i projektgrupp för handlingsplan kring suicidprevention i Mölndals stad.</p> <p>Psykiatrisjuksköterskan har samverkat med omsorgspersonal i alla verksamheter samt med anhöriglots.</p> <p>En grupp med personcentrerad prehospital samverkan vid missbruk och/eller beroende startats ihop med SU.</p>	Se 2.3.6 för mer utförlig information.	<p><i>Psykiatri-ssk fyller en viktig funktion i förvaltningen genom att öka kunskap både hos leg. personal och omsorgspersonal. Hon deltar också i flertalet samverkansgrupper kring suicidprevention med deltagare från kommun och region vilket också är viktigt för god sömlös vård. Det påbörjade arbetet fortsätter under 2023.</i></p> <p><i>Det går inte att få fram statistik på antal genomförda riskbedömningar suicid. Plan får tas fram hur denna statistik ska kunna säkerställas framöver.</i></p>
Öka kunskapen om personcentrerad vård och patientsäkerhetsarbetet	<p>Utbilda legitimerad personal i patientsäkerhet.</p> <p>Utbilda chefer i det systematiska patientsäkerhetsarbetet</p>	<p>Utbildning via GR/2Learn för 49 SSK/AT/FT 2022. Totalt har 2/3 genomfört utbildning 2021 - 2022.</p> <p>Utbildning via GR/2Learn för alla chefer och stödfunktioner.</p>	<p>Hög närvaro vid alla genomförda utbildningstillfällen.</p> <p>Sista utbildningsdagarna sker februari 2023.</p>	<p><i>Dialoger med VC visar på ökad medvetenhet bland chefer kring det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Under 2023 behöver förvaltningen arbeta för att säkerställa att förvärvad kunskap från utbildningen omsätts i praktiken.</i></p>

Öka teamsamverkan internt	Öka teamsamverkan mellan legitimerad personal samt mellan leg. personal och omsorgspersonal	Under april flyttades kontoren för AT/FT/SSK ihop till en gemensam lokal. Lokala rutiner för teamarbete och samverkan klara för alla områden.	Se 2.3.7 för mer utförlig information Ökad samverkan mellan rehab och ssk.	<i>Leg. professionerna kan planera och organisera arbetet på ett mycket bättre sätt. Lokala rutiner för teamarbete och samverkan tydliggör roller och ansvar.</i>
God vård i livets slutskede	Utveckla teamarbete mellan leg personal och omsorgspersonal för att förbättra kvalitetsindikatorer.	Två palliativa platser på Fallströmmens korttidsenhet. Palliativa resursteamet (PRT) startat. Årshjul för analys av palliativregistret inom HSL.	Se 2.3.8 samt bilaga 6 för mer utförlig information Palliativa platserna på korttidsenheten bedöms för få för att täcka behovet. PRT bidrar till ökad möjlighet för patienter att vårdas hemma.	<i>Det behövs fler palliativa platser för att täcka behovet, plan finns för 2023. Kommunen får fler patienter med behov av specialiserad vård. Kvalitetsindikatorer för smärtskattning och munhälsobedömning har inte förbättrats sedan föregående år. Tydlig uppföljning under året krävs för att öka följsamheten.</i>
God vård och omsorg för personer med demenssjukdom	Öka kunskap om demens hos alla yrkesgrupper. Skapa ett strukturerat arbetssätt med tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten beteendemässiga och psykiska symtom därigenom ge ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.	Demenssteam finns på plats bestående av demenssjuksköterska samt specialistundersköterska inom demens. Teamet har under året fokuserat på utbildning/handledning och implementering av BPSD. Tre styrgrupper på ledningsnivå med tillhörande arbetsgrupper har skapats: BPSD, demensstrategi och stöd i det dagliga arbetet.	Se 2.3.9 för mer information Struktur för kompletta team inom äldreomsorgen, ordinärt boende och ÄBO finns på plats.	<i>Genom att det finns tydliga styrgrupper och arbetsgrupper finns goda förutsättningar för att öka god vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Struktur för funktionsstöd planeras för hösten 2023.</i>
Öka digitalisering i verksamheter	1. Implementera fler digitala verktyg som MCSS och Hälsoportalen. 2. Pilotprojekt med läkemedelsrobotar. 3. Genomföra teamträffar och vissa rondtillfällen digitalt.	1. Tydligare rutiner framtagna för EC, omsorgspersonal och legitimerad personal 1. Utbildningar har genomförts för vikarier och nyanställda. 2. Pilotprojekt med läkemedelsrobot pågående, avslutar april 2023.	Se 2.3.10 för mer utförlig information 1. Bättre rutin för uppföljning av läkemedelshantering mellan legitimerad personal och hemvården/assistenter 2. Brukare/patient med läkemedelsövertag eller handräckning upplever en ökad självständighet och integritet med	<i>1. Avseende MCSS är samarbetet med leverantören är gott. Ytterligare förbättringar behövs för att minska riskerna med läkemedelshantering. För att få igenom vissa förändringar krävs att flera kommuner efterfrågar samma sak. 2. Förvaltningen bedömer utifrån pilotprojektet att läkemedelsrobotar bör</i>

			läkemedelsrobot, vilket förlänger deras möjlighet att klara sig själv utan hemvård och hemsjukvård. Pilotprojektet visar också på en säkrare läkemedelshantering. Genom pilotprojektet har antal resor till/från brukare/patient minskat. Totalt sparas det i snitt 15–30 min per utdelad dos.	<i>kunna erbjudas för brukare/patienter i Mölndals stad även efter avslutat pilotprojekt</i>
Skapa en sömlös vård vid utskrivning från slutenvården	Öka kunskap i SAMSA som överrapporterings-system samt tydliggöra olika roller. Lyfta de avvikelser i samverkan som inkommer och arbeta med förbättringsförslag.	Arbetsgrupp i NOSAM med syfte att säkerställa det lokala samarbetet vid utskrivning från sjukhuset har fortsatt under 2022. Regelbundna interna avstämningsmöten med alla som arbetar i SAMSA för att diskutera utvecklingsområden.	Bra dialoger i de olika forum som finns. Fler avvikelser i samverkan registreras, vilket skapar möjlighet att förbättra samarbete med slutenvården. Se 2.4.5	<i>Fortsatt arbete behövs internt för att tydliggöra olika roller och undvika dubbelarbete i SAMSA. Fortsatt arbete med arbetsgrupp i NOSAM behövs för att utveckla det lokala samarbetet mellan kommun, regionens primärvård och slutenvård ytterligare.</i>
God introduktion av leg. personal	Förnyat introduktions-material samt rutin för introduktion.	Uppföljning av den nya rutinen och introduktionsmaterialet Metodutvecklare samlar all ny leg. personal och följer upp efter en tid om det återstår behov av stöd MAS och MAR haft introduktion av nyanställda ssk Timvikarier har fått en fördjupad introduktion och uppföljning via möten med ansvarig EC. Rehabenheten har uppdaterat och reviderat checklistan vid introduktion. Under 2022 har varje nyanställd haft 1–2 handledare, nyutexaminerade har fått en mentor under första anställningsåret.	Utvärdering visar att nyanställda är mycket nöjda med sin introduktion.	<i>Arbetet med att ta fram en god introduktion ger bra förutsättningar för ny personal vilket leder till god arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.</i>
Alla enheter inom SoL och LSS har utsedda rehabombud med utökad	Utbilda minst ett rehabombud per enhet Nätverk för rehabombud som ordnas av leg.	Utbildningar för rehabombud vår och höst 2022 Nätverksträff nov 2022	Utbildningar genomförda Nätverksträff digitalt med låg närvaro (15/47 rehabombud)	<i>Då de första rehabombuden utbildades hösten 2021 hade tidigare och fler nätverksträffar behövts för att stötta rehabombuden i sina roller. Nu har några</i>

kunskap kring vardagsrehabilitering och förflytningsteknik	arbetsterapeut/ fysioterapeut		Endast ett fåtal enheter saknar rehabombud men det är olika hur aktiva de är.	<i>enheter kommit i gång bra, andra inte alls. Under 2023 behövs fler nätverksträffar och fler utbildningar så att alla enheter har aktiva rehabombud i slutet av 2023</i>
Säkerställa att patienter får rehabilitering inom rimlig tid.	Nya ärenden läggs på väntelista i Treserva. Personal får snabbt en överblick över väntande ärenden och kan lättare prioritera insatser.	EC mäter medelväntetider för ärenden inom respektive prioriteringsgrupp månadsvis och redovisar på APT varje kvartal.	Under 2022 ökat behov av att möta upp patienten i hemmet efter sjukhusvistelse. Dessa patienter har överlag ett större och mer krävande rehabiliteringsbehov samt behov av hjälpmedel, vilket leder till längre väntetider för övriga ärenden. Rehabiliteringen får fler ärenden där patienter har tyngre vårdbehov än tidigare. Fler teamträffar och utvecklade arbetssätt med riskbedömningar tar tid från ärenden på väntelista.	<i>Rehabiliteringen ser att fler teamträffar och utvecklade arbetssätt kring riskbedömningar ger ökad patientsäkerhet, men bedömer det som en stor utmaning att klara uppdraget med befintliga resurser. Enheten behöver se över sina arbetssätt under 2023 för att minska den administrativa tiden och öka direkt patienttid.</i>
God munhälsa	Utbildning till omsorgspersonal från tandvården. Alla patienter med intyg om nödvändig tandvård (N-intyg) erbjuds munhälsobedömning årligen.	Leg. ssk ÄBO har fått utbildning 2022 EC tar kontakt med tandvården för att boka in utbildningstillfällen för personal. Ssk säkerställer att alla patienter fått N-intyg samt erbjudande om munhälsobedömning.	Se bilaga 7. Från ÄBO har en personal deltagit i utbildning allmän munhälsövård under 2022. Sex personal från LSS och fem personal från ordinärt boende, Sammanlagt 12 personal, vilket är en minskning från 2021.	<i>Antal personal som under 2022 erhållit utbildning i allmän munhälsa är låg. Det krävs en ordentlig insats under 2023 för att höja denna viktiga grundkunskap i alla verksamheter. Parametern kommer följas upp per tertial.</i>
Erbjuda jämlik vård	Granska statistik för att undersöka skillnader i vård och behandling mellan kön	Verksamheterna har inte hunnit arbeta med detta område 2022.	-	-

2.3.1 Hygien

Under 2022 har den pågående pandemin Covid-19 fortsatt bidra till att stort fokus har legat på följsamheten till de Basala klädreglerna- och hygienrutinerna. Flera verksamheter deltog även i SKR:s punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till Basala klädregler- och hygienrutiner. Se bilaga 2.

Punktprevalensmätningen är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare/hygienombud får i uppdrag att observera sina kollegor. I mätningen observeras följsamhet av alla fyra steg för basala hygienrutiner dvs. om den som observeras desinfekterar sina händer direkt före och

direkt efter patientnära arbete ex omvårdnad, undersökningar och behandling samt om handskar och plastförkläde användes vid risk för kontakt med kroppsvätskor.

I bifogad länk syns kommunernas resultat från de två senast genomförda mätningarna, våren 2022.

Punktprevalensmätning 2022 Basala klädregler och hygienrutiner

Resultatet i mätningen visar att den sammanslagna följsamheten till alla 4 stegen ligger på samma värde som 2021, ungefär 86% vilket är sämre än rikets resultat på 90%. Under steget arbetskläder har värdet ökat från 90 till 98 %. Steget uppsatt hår/kort hår: samma värde som 2021. De två resterande stegen har minskat sedan 2021; skötta naglar från ca 96% till 92 %, och avsaknad av ringar/armband/klockor från 100% till ca 98 %.

Reflektioner från VC och EC

Det finns god tillgång till hygienombud i verksamheterna och på de flesta håll har det även genomförts kontinuerliga självskattningar hygien under året. Genomgående ses ett ömsesidigt behov av ökad samverkan mellan sjuksköterskor med särskilt hygienansvar och enheternas hygienombud. Det finns en stor vilja och intention i alla verksamheter att göra rätt, det finns även ett uttalat behov av möjlighet att kontinuerligt kunna utbilda nya hygienombud. Verksamheterna saknar utbildningstillfällen för nya hygienombud, det har inte funnits tillfällen sedan innan pandemin.

Reflektion MAS:

Följsamheten till Basala klädregler- och hygienrutinerna ökade till att börja med under pandemins första år. Den pågående pandemin höjde fokus på vikten att arbeta med säkra hygienrutiner i alla verksamheter vilket också bidrog till höjd patientsäkerhet vad gäller smittorisk, det gäller smitta Covid-19 men även andra typer av smitta. Dock finns tecken på avmattning till följsamheten Basala klädregler- och hygienrutinerna under 2022, relaterat till pandemins minskade styrka. Resultatet i punktprevalensmätningen visar på försämring under ett par av de viktiga stegen. Värdet för följsamheten till rätt arbetskläder har ökat och grundar sig i att personal inom BMSS nu har arbetskläder på plats. Resultatet visar på vikten av fortsatt högt fokus på hygien i alla verksamheter.

Resultat från hygienombudens genomförda självskattningar samt den årliga hygienkartläggningen, ska fungera som verktyg för ansvarig chef för att kunna säkerställa personals kunskap om god hygien för att förebygga smittspridning och vårdskador. Under 2022 har det inte varit möjligt för MAS att ta del av dessa resultat eller enhetschefers eventuella handlingsplaner. Under 2023 ska åtgärder vidtas för att mätningarna ska kunna genomföras digitalt och därmed på enklare sätt ge underlag för egenkontroll och åtkomst för MAS att granska.

2.3.2 Covid-19-pandemin

Under 2022 har pandemin fortsatt haft påverkan i förvaltningens verksamheter. Jämfört med de två tidigare pandemiåren minskade dock påverkan i takt med läget på samhället i stort. Under januari – mars registrerades följande antal sjuka i covid-19.

	Antal patienter med Covid-19	Antal avlidna I eller med covid-19
Ordinärt boende	7	3

Äldreboende	64	0
BMSS	37	0
Socialpsykiatri	1	0

Daglig provtagning med antigenester (snabbtest) av personal inför varje arbetspass och besökare avslutades under våren 2022. Registrering av antal insjuknade patienter avslutades under våren 2022.

2.3.3 Vaccinationer

Säsongsinfluensa

Störst risk att bli allvarligt sjuk i influensa har personer som tillhör en riskgrupp. Därför bör riskgrupperna erbjudas vaccination. Även vård- och omsorgspersonal som arbetar nära patienter och omsorgstagare med ökad risk för allvarlig influensa rekommenderas vaccination. I vård och omsorgsförvaltningen har all personal erbjudits gratis vaccination mot säsongsinfluensa 2022.

Samtliga patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård har erbjudits gratis vaccination mot influensa. Detta leder till färre influensadrabbade patienter, och även i förlängningen till minskade följsjukdomar hos patienter som annars hade insjuknat i säsongsinfluensan.

Siffror för antal givna vaccinationer 2022 är inte tillgänglig då registrering av givna doser vaccin, som tidigare gjorts i systemet SVEVAC, inte längre registreras annat än i patientjournal.

Antiviral behandling

Eftersom vaccinationsskyddet inte är hundra procentigt är det viktigt att patienter med influensasyntom provtas i ett tidigt skede för ställningstagande till virushämmande behandling (antiviraler). Antivirala läkemedel utgör ett viktigt komplement till vaccination.

Information har under hösten getts till ansvariga sjuksköterskor i förvaltningen. Antiviralt läkemedel är beställt och levererat till kommunala akutläkemedelsförrådet under hösten 2022. På NOSAM möte under hösten togs antiviral behandling upp som en punkt på dagordning som extra påminnelse för ansvariga läkare om denna möjlighet att förebygga allvarlig sjukdom och smitta. Antal patienter som getts antiviral behandling 2022 är dock noll.

Covid-19

Samtliga patienter inskrivna i kommunal primärvård har erbjudits vaccination mot Covid-19, doserna ett till fem, beroende på hur många doser patienten erhållit tidigare. Vaccination mot Covid-19 ger patienten ett gott skydd mot allvarlig sjukdom och död. (siffran kan överstiga 100% då fler än en patient kan ha befunnit sig på korttidsboende under perioden för vaccination)

Reflektion MAS

Sjuksköterskeorganisationen har genom hela pandemin gjort ett fantastiskt arbete med genomförandet av vaccinationer, både vaccination covid-19 alla doser och vaccination mot säsongsinfluensa.

Att arbetet med antiviral behandling inte kommit igång är olyckligt. Det kräver förutom att verksamheten identifierar symtom på säsongsinfluensa i tidigt stadie även provtar för covid-19/säsongsinfluensa och att sjuksköterska vid positivt influensaprov svar samverkar med ansvarig

läkare omgående för att få ordination på antiviral behandling. Behandlingen måste in i tidigt stadiet för att ge effekt och minska risk för smitta och allvarlig sjukdom eller död. Här krävs god samverkan över professionerna undersköterska-sjuksköterska -läkare.

2.3.4 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Legitimerad personal i Mölndals stad har under året kontinuerligt delegerat hälso- och sjukvårdsuppgifter till omsorgspersonal enligt ledningssystemets riktlinje för delegering.

När det gäller generell delegering av läkemedel har tillfällena för teoretisk utbildning funnits jämnt fördelat över året. En webbutbildning där diplom erhålls som intyg har genomförts av varje omsorgspersonal innan delegering för läkemedel givits. Efter den digitala utbildningen har omsorgspersonal en fysisk träff med delegerande sjuksköterska där delegaten ska svara på ett antal uppföljande frågor samt genomföra skriftligt test. Den personal som under året fått delegering av läkemedel har blivit behöriga att ge läkemedel på inte bara den enheten där de har sin grundanställning utan även i övriga verksamheter. Detta för att minska sårbarheten då många anställda arbetar timmar på andra enheter i staden.

Sjuksköterska finns med uppdrag att utbilda i särskilda moment, exempelvis lindning av ben, såromläggning, syrgasbehandling, skötsel av peg och stomi.

När det gäller delegering av rehabiliterande insatser har omsorgspersonal ingen generell delegering utan arbetsterapeut/fysioterapeut delegerar/ordinerar insatser och utbildar omsorgspersonal utifrån varje enskild patient.

Delegerade/ordinerade insatser samt andel insatser som signerats

Se bilaga 4 för mer detaljer.

Under 2022 har totalt 1 713 387 hälso- och sjukvårdsinsatstillfällen delegerats/ordinerats från leg. personal till omsorgspersonal. Sjuksköterskor står för merparten av insatserna, totalt 1 658 628 st. Fysioterapeuterna har delegerat/ordinerat totalt 45 187 insatstillfällen och arbetsterapeuterna 9572 st.

Sett till helheten har 92% av insatserna signerats, men följsamheten till insatser från arbetsterapi och fysioterapi är mycket lägre (53% respektive 65%).

Följsamheten till delegeringar för narkotikaklassade preparat visar sig i statistiken vara lägre än följsamheten för övriga läkemedel. Orsak till detta resultat är oklart och behöver utredas under första tertialen 2023. Beroende på fynd efter utredning ska adekvata åtgärder tas fram samt dokumenteras för utvärdering och uppföljning.

Beställning av läkemedel akut.

För att minska akutbeställningar av läkemedel ska funktionen ”beställ läkemedel” i MCSS implementeras under 2023.

Kontroll av narkotika

Kontroll av narkotika i patientens läkemedelsskåp och kommunala akutläkemedelsförrådet har tydliggjorts med hjälp av MCSS och det ger mer övergripande kontroll. Kontrollräkning sker månadsvis av ansvarig sjuksköterska.

Reflektioner från VC och EC:

Vid dialogmöten framkommer att EC sällan följer signeringarna i MCSS. De upplever en otydlighet i vilket ansvar de har i delegeringsprocessen.

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 legitimerad personals arbetsinsats under årets alla månader. Denna hantering är dock avgörande för att alla patienter inom kommunal hälso- och sjukvård ska få den vård och rehabilitering de har rätt till och det är viktigt att den fungerar optimalt.

Under 2023 behöver delegeringsprocessen och olika funktioners ansvar tydliggöras inom alla verksamheter så att MCSS används på bästa sätt för att säkerställa patientsäkerheten.

Statistiken från MCSS visar på låg följsamhet till delegerade/ordinerade rehabinsatser. Det krävs flera åtgärder för att komma till rätta med detta. Omsorgspersonal behöver ökad kunskap om konsekvenser av utebliven rehabinsats och leg. arbetsterapeuter/fysioterapeuter behöver vara tydliga med vikten av att genomföra insatserna när de delegeras/ordineras.

Tillförlitlig statistik för återkallade delegeringar saknas. Metodutvecklare har uppskattat siffran till ca fem till tio återkallade delegeringar.

2.3.5 Kvalitetsregister Senior alert och Nikola

Arbetet för att öka registrering i kvalitetsregister har pågått hela hösten 2022 med olika åtgärder:

- årshjul och analys av statistik på ledningsgrupp inom HSL
- tydliggörande av sjuksköterskans ansvar
- dialog på arbetsgrupper inom patientsäkerhetsuppdraget
- utformning av miniteam för riskbedömning
- stöd av Senior alert ansvarig sjuksköterska.

Inom funktionsstöd och äldreboende har arbetet med miniteam startats upp. Inom äldreboende har det varit svårare att få till arbetet med miniteam, i stället genomförs där flertalet riskbedömningar med sjuksköterska, patient och kontaktperson men utan arbetsterapeut/fysioterapeut.

Under 2022 har samtlig leg. personal erhållit intern utbildning gällande riskbedömningar i Senior Alert och Nicola. Personalen upplever ett ökat samarbete mellan professionerna vid genomförandet av riskbedömningar samt att de i högre grad än tidigare har teamsamverkan kring de åtgärder som behöver vidtas vid identifierade risker.

Statistiken visar att några verksamheter har ökat antalet genomförda riskbedömningar sedan föregående år medan andra ligger på samma antal eller till och med har minskat. Det saknas dock fortfarande en mängd patienter som inte är riskbedömda/tillagda i registret och det saknas även dokumenterade åtgärder vid identifierad risk och uppföljningar av detsamma.

Totalt har 427 patienter (25 %) riskbedömning registrerad i Senior Alert och 273 patienter (16%) i Nikola, det är en svag ökning från 2021. Då var siffrorna 361 (22%) för Senior Alert och 195 (12%) för Nikola.

Störst förbättring av resultat 2022 jämfört med 2021 visar Lackarebäcks äldreboende och Bostad med särskild service (BMSS). Lackarebäck hade år 2022 83 registrerade patienter i registret mot endast åtta stycken år 2021. BMSS hade ökat antal registrerade patienter i registret från 18 till 44 patienter. Även i Nicola har Lackarebäck äldreboende och BMSS bäst resultat.

Den parameter som har identifierat flest risker hos riskbedömda patienter är blåsdysfunktion med 241 patienter, 90%. Därefter är det tydligt att patienterna också har hög fallrisk med 80% av de registrerade patienterna, malnutrition 61%, risk för dålig munhälsa med 43%, trycksår 30%. För mer detaljerad information se bilaga 5.

I många fall saknas dokumentation av aktuella vårdprocesser/vårdplaner i patientens journal för de åtgärder som planerats utifrån de riskbedömningar som genomförts.

Reflektioner från MAR och MAS

Jämfört med 2021 syns en viss ökning av antal registreringar på helhetsnivå år 2022, men många enheter har ungefär samma resultat som 2021. Verksamheten inom HSL har arbetat intensivt under hösten med att tydliggöra ansvar för EC och legitimerad personal samt regelbundet följa upp statistik både på APT och ledningsgrupp, men dessa förändringar har inte fått genomslag i kvalitetsregistren ännu. Det är viktigt att arbetet som påbörjats fortsätter under 2023 så att fler patienter får den riskbedömning de har rätt till för att undvika vårdskador.

Det är även av stor vikt att arbetet med så kallade miniteam där patienten i högsta grad är delaktig fortsätter och utökas under 2023. Patientens delaktighet i vården och samverkan i team är två av hörnstenarna i Agera för säker vård.

2.3.6 Riskbedömning suicid

Psykiatrisjuksköterska har under 2022 tagit fram ett screeningsdokument som alla sjuksköterskor fått utbildning i att använda som underlag för att identifiera psykiska ohälsa. Även en folder med egenvårdstips, vad hen kan göra själv för att må bättre, har arbetats fram.

Psykiatrisjuksköterska har deltagit i utbildningar och stadsövergripande MHFA och sitter med i en projektgrupp som utarbetar en handlingsplan kring suicidprevention i Mölndals stad.

Psykiatrisjuksköterskan har vidare samverkat med flertalet hemtjänstgrupper, äldreboenden och funktionsstöd under året samt samverkat med anhöriglots där hon deltagit på kvällsmöten för anhöriga, vilket har varit uppskattat.

Under hösten/vintern 2022 har en grupp med personcentrerad prehospital samverkan vid missbruk och/eller beroende startats ihop med SU, ett arbete som kommer fortgå under 2023 där psykiatrisköterskan deltar.

Reflektioner från MAS

Det genomförda arbetet vad gäller suicidprevention under 2022 ligger till grund för det stora förbättringsarbetet som kommit till stånd. Tillgång till psykiatrisjuksköterska i förvaltningen har gett stor effekt redan under detta första år. Stort fokus har legat på ämnet suicid och förebyggande suicid vilket direkt ger ökad patientsäkerhet.

2.3.7 Teamsamverkan

Under hösten 2020 beslutades riktlinjen ” Teamarbete och samverkansplattformar” i förvaltningen med syfte att tydliggöra hur olika professioner behöver samverka för att ge patienterna bästa möjliga vård och omsorg. Utifrån riktlinjen åligger det varje verksamhet att ta fram lokala rutiner för hur samverkan ska se ut mellan exempelvis omsorgspersonal och leg personal på respektive enhet. Under 2022 har alla verksamheter tagit fram lokala rutiner vilket ger en bättre tydlighet i ansvar och roller.

Reflektioner kring teamsamverkan från VC och EC:

Äldreboende egenregi

Teamträffar en gång i månaden men alla professioner närvarar inte. Lokal rutin mellan äldreboende och kommunal primärvård är framtagen men det finns en variation av följsamhet.

Äldreboende privata utförare

De privata utförarna har egen legitimerad personal stationerad i verksamheten. Upplevelsen är att detta skapar en helt annan möjlighet till teamsamverkan där man kan ta tag i olika frågeställningar direkt samt handleda och instruera medarbetare när behov uppstår.

Funktionsstöd

Inom de olika funktionsstödsområdena har en del verksamheter mycket kontakt och samverkan med kommunal primärvård medan andra inte har någon kontakt. Upplevelsen hos de flesta som har tät kontakt är att samverkan fungerar väl. Sjuksköterskeorganisationen har utökats med en EC specifikt riktad mot funktionsstödsområdena vilket uppges ha skapat snabbare kommunikationsvägar och utökad teamsamverkan.

Hemtjänst egenregi

Teamträffar genomförs månatligen. Närvaron från sjuksköterskor har ökat men behöver förbättras ytterligare. Arbetsterapeut och fysioterapeut är i stort sett alltid närvarande. Myndighet bjuds in vid behov men har låg närvarofrekvens.

Hemtjänst privata utförare

Teamträffar genomförs med olika regelbundenhet. Det finns inga framtagna rutiner mellan utförare och kommunal primärvård och det är stor variation på hur många brukare som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Flertalet utförare uttalar att det finns ett bra samarbete med myndighet men inte primärt via teamträffar utan via dialog i verksamhetssystemet.

Kommunal primärvård

Inom privat hemtjänst saknas teamträffar. Inom äldreboende finns rutin som över lag efterföljs, men ibland har EC SoL och legitimerad personal olika bilder av hur strukturen ska se ut. Sjuksköterskeorganisationen har utökats med en EC specifikt riktad mot funktionsstödsområdena och struktur för teamarbete har tagits fram men är inte fullt ut implementerad.

Sammantaget

Under 2022 har lokala rutiner utifrån riktlinjen tagits fram inom flertalet områden. Vid dialogmöten med chefer lyfter flertalet att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal har förbättrats men det finns fortsatt utvecklingspotential.

Reflektioner från MAR och MAS:

Vid utredningar av vårdskador och lex Sarah noterar MAR, MAS och SAS fortfarande att bristen på samverkan är en av orsakerna till händelseförloppet. Förvaltningen behöver arbeta vidare med en kulturförändring för att säkerställa att patienter inom kommunal hälso- och sjukvård får en personcentrerad vård. Med de lokala rutinerna för teamsamverkan på plats finns goda förutsättningar

för ökad teamsamverkan 2023. Med nya säkra kommunikationsverktyget Trusted dialog kan också fler digitala teamträffar öka möjligheten till att fler professioner kan delta samtidigt.

2.3.8 Svenska Palliativregistret

Patientansvariga sjuksköterskor vid samtliga enheter i förvaltningen registrerar i enlighet med riktlinje i palliativregistret för god vård vid livets slut. Det framkommer i resultatet (bilaga 5) att det framför allt saknas registreringar avseende smärtskattning och dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan.

Reflektioner från MAS:

Resultat från Svenska Palliativregistret har under de senast åren inte förändrats nämnvärt. Ingen tydlig förbättringscurva.

Ansvariga enhetschefer behöver aktivt ta del av resultat i registret under året och skapa ett systematiskt förbättringsarbete för att få en höjd kvalitet inom palliativ omvårdnad för god vård och omsorg.

Legitimerad personal behöver i samarbete med omsorgspersonal hitta arbetssätt för att säkerställa att smärtskattning och munhälsobedömning, vilka parametrar genomgående har sämst resultat, genomförs på ett säkert sätt samt att registreringar av genomförda skattningar och bedömningar sker systematiskt.

2.3.9 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom och BPSD-registret

Arbetet med att implementera BPSD utifrån beslutad plan 2018 har avstannat ett flertal gånger på grund av pandemi och personalomsättning. Förvaltningen tog hösten 2021 ett omtag kring BPSD-arbetet genom att anställa en demenssjuksköterska och bilda en ny styrgrupp för att driva arbetet framåt. Under 2022 har ett team skapats med en specialistundersköterska tillsammans med demenssköterskan, som fått i uppdrag att utveckla demensvården i Mölndal. Teamet ska också arbeta med implementeringen av BPSD på våra enheter inom hemvård och äldreboende. Under 2023 finns en framtagen plan för utbildning i BPSD. Samtlig leg. personal har gått en utbildning i demens under hösten 2022 som demenssköterskan och specialistundersköterskan har ansvarat för.

2.3.10 Öka digitalisering i verksamheterna

Under 2022 har det digitala projektet "Hälsportalerna" fortsatt där patienter själva kan registrera olika hälsoparametrar samt föra dialog med ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut. Hittills har tio patienter, sju sjuksköterskor, två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter testat systemet. Både personal och patienter är positiva och tycker detta arbetssätt fungerar bra.

Förvaltningen har ett pågående pilotprojekt med läkemedelsrobotar som avslutas sista april 2023. Resultat från pilotprojektet visar att brukare/patient med läkemedelsövertag eller handräckning upplever en ökad självständighet och integritet med läkemedelsrobot, vilket förlänger deras möjlighet att klara sig själv utan hemvård och hemsjukvård. Pilotprojektet visar också på en säkrare läkemedelshantering där brukare får sin medicin i tid och felaktig delning av dos påse omöjliggörs.

Genom pilotprojektet har antal resor till/från brukare/patient minskat. Larm från läkemedelsgivare kan hanteras på distans och endast vid behov behöver personal åka ut om brukare/patient exempelvis inte har tagit sitt läkemedel. Totalt sparas det i snitt 15–30 min per utdelad dos.

Under 2022 har rehabenheten köpt in ett digitalt verktyg med en större bank av träningsprogram, ExorLive. Rehabpersonal kommer kunna skicka aktuella träningsprogram för patienten inklusive filmer på träningsmomenten till omsorgspersonal via en app i deras omsorgstelefoner. I början av 2023 skall arbetssättet med den nya appen implementeras i verksamheten.

2.4 Avvikelser, synpunkter och klagomål 2022

2.4.1 Synpunkter och klagomål

Verksamheterna i förvaltningen arbetar utifrån beslutad riktlinje ”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 avvikelsesystemet.

Under 2022 berörde två av totalt 187 synpunkter som togs emot av kontaktcenter kommunens primärvård. Under 2023 ska en utvecklingsgrupp för invånarkontakter mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kontaktcenter starta upp med syfte att systematisera och förbättra flödet för synpunkter som rör vård och omsorg. Ansvar för respektive chef kommer bli tydligare och utbildning och stöd för chefer kommer att erbjudas från kontaktcenter för det fortsatta arbetet med att kvalitetssäkra invånarkontaktarna.

Verksamhetschef för kommunens primärvård har utöver klagomål från kontaktcenter tagit emot ytterligare två klagomål direkt från patient/anhörig. Klagomålen rör anhörigas upplevelser av bristande kommunikation och dialog vid vård i livets slutskede. Verksamheten har arbetat vidare med inkomna klagomål för att förbättra kommunikation och dialog med patienter och anhöriga så att missförstånd och olika förväntningar kan undvikas.

Under 2022 har patientnämnden mottagit två ärenden från patienter eller närstående som har insatser från förvaltningen. Det ena ärendet gällde synpunkt på informationsbrist angående covid-19 läge på Fallströmmens korttidsboende, Ärende nummer två handlade om omhändertagande av dödsfall i ordinärt boende.

Förvaltningen behöver säkerställa att leg personal har god kunskap om patientnämnden för att kunna hänvisa patienter och närstående dit vid behov. Det behöver även finnas broschyrer och annan information om patientnämnden lätt tillgänglig för patienter och närstående. Under 2023 finns åtgärden att öka kunskap om patientnämnden hos legitimerad personal med på kommande arbetsplatsträffar (APT), dessutom kommer metodutvecklare HSL säkerställa att informationsmaterial från Patientnämnden finns tillgängligt på legitimerad personals kontor.

2.4.2 Fallavvikelser

Fall och fallolyckor hos patienter registreras enligt gällande riktlinje. Flera personer faller upprepade gånger och registreras varje gång. Totalt har det inkommit 3099 fallavvikelser under 2022 vilket är en ökning jämfört med 2021 (2691).

Fallavvikelser Äldreboende och korttidsenhet				
Enhet	2019	2020	2021	2022
Bifrost	146	89	169	123
Brattås	124	85	90	105
Brogården	164	127	163	218
Eklanda Lund 1 + 3 Skog 1	282	265	257	146
Eklanda Lund 2 Skog 2	74	49	32	39

Berzelius ÅBO	134	160	98	101
Lackarebäck hus A	129	112	42	43
Lackarebäck hus B	100	113	104	115
Lackarebäck hus C	213	207	156	105
Sörgården	162	82	124	115
Fässberg	226	224	148	87
Fallströmmen korttidsenhet			67	183
Trygg hemgång			2	15
Summa	1754	1513	1174	1395

Fallavvikelser Ordinärt boende				
Enhet	2019	2020	2021	2022
Krokslätt/Bifrost	79	78	80	61
Centrum	116	86	125	105
Stensjön	39	39	38	37
Åby/Balltorp	90	77	72	60
Källered	45	72	37	66
Gottskär	57	64	61	38
Lindome	122	105	67	149
Natt/trygghetslarm	562	488	779	874
Alma	40	16	29	7
Aida Vårdservice	61	42	29	32
A-omsorg			4	1
Casaberget	55	58	67	106
Olivia			48	26
Summa	1266	1125	1381	1562

Fallavvikelser Funktionsstöd	2019	2020	2021	2022
Funktionsstöd bostäder LSS	51	48	71	73
Funktionsstöd korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet	28	28	7	24
Funktionsstöd socialpsykiatri	50	50	57	39
Summa	129	126	135	136
Fallavvikelser Hälso- och sjukvård	2019	2020	2021	2022
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	11	11	1	3

Reflektioner från MAR:

Avvikelse gällande fall hör fortsatt till en av de två vanligaste inrapporterade avvikelserna och flest fallavvikelse är registrerade på särskilt boende samt inom ordinärt boende. Inom några enheter syns stora skillnader avseende antal fall från 2021 till 2022. Fallströmmen korttidsenhet och Trygg hemgång startades upp under 2021 så för de verksamheterna beror ökningen med största sannolikhet på fler patienter under 2022. För övriga enheter bedömer ansvariga enhetschefer att ökningen beror på fler brukare/patienter med stort vårdbehov och med stor fallrisk trots insatta åtgärder. En enhetschef bedömer också att medarbetarna blivit bättre på att registrera fallavvikelse.

En stor andel av fallen i ordinärt boende sker nattetid. Vid granskning av fallavvikelse är det tydligt att verksamheterna behöver följa upp och utvärdera fallavvikelse på ett tydligare och mer systematiskt sätt. Vikten av att utreda avvikelser, inte minst fallavvikelse, har belysts under året. MAS, MAR och SAS har bland annat genomfört utbildning kring avvikelser för alla EC och alla chefer har deltagit i utbildning kring det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av död, lidande och försämrad livskvalitet. Det är inte ovanligt att ett fall leder till rörelsesvårigheter, isolering, rädsla för att falla igen och ökat beroende av

andra. Frakturer, framför allt höftfrakturer, är sammankopplat med ökad dödlighet. De faktorer som framkallar fallskador är välkända och studier visar att skadorna kan minskas med upp till 30 procent. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram dokumentet *Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre* för att stödja kommuner och regioner i det fallförebyggande arbetet. Här framgår att varje kommun och region behöver

- Formulera lokala mål och strategier för att minska antalet fallskador.
- Utarbeta en handlingsplan utifrån mål och strategier.
- Analysera fallskador utifrån nationella och regionala uppföljningar

Mölnåls stad har ännu inte tagit fram en övergripande handlingsplan med lokala mål och strategier för att minska antalet fallskador. Detta är något som behöver genomföras tillsammans med regionens verksamheter då många av fallen sker i ordinärt boende där individen inte är inskriven i kommunal primärvård men har andra insatser från kommunen som trygghetslarm och/eller hemtjänst. Det krävs god samverkan mellan professioner och verksamheter för att förebygga fall.

Verksamheterna i förvaltningen ska i det förebyggande arbetet genomföra riskbedömningar för alla patienter som är inskrivna i kommunal primärvård. Riskbedömningarna, eventuella åtgärder samt uppföljningar ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Patienten ska vara delaktig i alla steg. Det framkommer dock att ett flertal patienter som fallit under 2022 saknar aktuell riskbedömning samt förebyggande åtgärder för fall. För att lyckas med det förebyggande arbetet fullt ut krävs en utökad samverkan mellan alla yrkesgrupper som arbetar runt patienten och inte minst ett intensivt arbete att göra varje patient mer delaktig i riskbedömningarna.

2.4.3 Läkemedelsavvikelser

Avvikelser gällande läkemedel registreras enligt gällande riktlinje. Totalt har det inkommit 1904 läkemedelsavvikelser under 2022 vilket är en marginell minskning jämfört med 2021 (1968).

Äldreboende och korttidsenhet				
Enhet	2019	2020	2021	2022
Berzelius inkl. leg persona	29	17	6	16
Bifrost	91	146	221	253
Brattås	67	78	75	54
Brogården	41	40	57	60
Eklanda Lund 1+3 Skog 1	69	65	64	52
Eklanda Lund2 Skog 2	30	20	44	17
Fallströmmen			90	68
Fässberg	237	181	101	65
Lackarebäck hus A+ inkl. leg personal	29	18	18	34+24
Lackarebäck hus B +inkl. leg personal	74	77	51	28+53
Lackarebäck hus C+ inkl. leg personal	137	107	101	71+95
Lackarebäck korttid+ inkl. leg personal	16	16	25	19+13
Sörgården	73	76	103	92
Trygg hemgång			0	2
Summa	1015	936	1151	1016

Ordinärt boende				
Enhet	2019	2020	2021	2022

Centrum	30	21	46	41
Bifrost	8	43	34	100
Källered	44	40	39	58
Lindome	3	6	4	28
Stensjön	12	6	8	31
Åby/Balltorp	35	66	33	20
Aida Vårdservice	17	10	11	1
Alma	0	1	1	2
A-omsorg			0	0
Casaberget	2	1	1	7
Gottskär	5	4	15	12
Olivia			1	6
Natt/Trygghetslarm	2	1	0	1
Summa	158	199	193	307

Funktionsstöd	2019	2020	2021	2022
Funktionsstöd bostäder LSS	209	255	343	309
Funktionsstöd korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet	27	22	26	54
Funktionsstöd socialpsykiatri	82	64	60	81
Summa	318	341	429	426

Hälsa- och sjukvård	2019	2020	2021	2022
HS - legitimerad personal	143	125	195	155

Reflektioner från VC och EC:

Den vanligaste anledningen till läkemedelsavvikelse beror på att omsorgspersonal glömt överlämna en dos. Ytterligare en reflektion från verksamheten är att det är svårt att göra bedömning av allvarlighetsgraden i avvikelssystemet då enhetschefen har ringa kunskap om läkemedlets effekt. Här behöver enhetschefer samverka med ansvarig sjuksköterska för att göra så god bedömning som möjligt.

I och med införandet av MCSS så har signeringen förenklats i många delar, menar en verksamhetschef, och det digitala systemet kan ge ett bättre analysunderlag framöver.

Reflektion från MAS:

Det statistiska resultatet visar inte att antalet avvikelser läkemedel minskat. Skillnaden från föregående år är ytterst marginell. Det finns ett par enheter med individuella resultat där det finns ett par större skillnader från föregående år. Några har minskat antal avvikelser och någon har ett drastiskt ökat antal.

Nu har den digitala signeringen pågått under hela 2022 i alla verksamheter och vi bör se ett mer sant resultat gällande avvikelser än tidigare år. Att vi inte ser den förmodade minskningen av läkemedelsavvikelser bedöms betyda att det innan införandet av MCSS fanns ett större mörkertal läkemedelsavvikelser. Intressant blir att det efter 2023 finns ett utgångsläge att jämföra med. Avvikelserna bör nu minska över tid

Varje enhetschef har tillgång till statistik i MCSS och ska kunna ta fram handlingsplan för att minska avvikelser gällande delegerade insatser bland annat gällande läkemedel. Även legitimerad personal

(sjuksköterskor) har möjlighet att omgående upptäcka avvikelser gällande läkemedelshanteringen. Åtgärder behövs för att minska dessa avvikelser.

Det är av stor vikt att enhetschefer i större utsträckning samverkar med ansvarig sjuksköterska vid utredning av läkemedelsavvikelser.

2.4.4 Medicintekniska avvikelser

Begreppet medicintekniska produkter (MTP) innefattar produkter som används inom alla delar av hälso- och sjukvården, men också produkter som man inte omedelbart associerar till ord som medicinteknik. Exempel på MTP är förskrivna hjälpmedel samt hjälpmedel som enheter köpt in som grundutrustning. Totalt rapporterades 102 avvikelser inom MTP under 2022, vilket är mer än en 100-procentig ökning jämfört med 2021 (49 avvikelser).

Reflektioner från MAR:

Det finns sannolikt ett fortsatt stort mörkertal av avvikelser inom detta område och MAR ser ett fortsatt behov av att utbilda enhetschefer SoL/LSS samt omsorgspersonal i ansvar vid hantering av hjälpmedel. Att MAR funnits på plats under hela 2022 och reviderat riktlinjer kring MTP samt vid flertal tillfällen påtalat vikten av att registrera avvikelser som rör MTP kan vara en bidragande orsak till fler avvikelser. 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.

2.4.5 Avvikelser i vårdsamverkan

Avvikelser i vårdsamverkan registreras digitalt i systemet Med Control Pro (MCP). Statistiken i MCP visar att 117 avvikelser registrerats under 2022. De flesta avvikelserna handlar om brister i information i SAMSA vid in- och utskrivning från slutenvården. Denna typ av avvikelser lyfts till Utvecklingsgrupp SAMSA där kommunen har en representant (metodutvecklare från biståndsenheten). En stor del av övriga avvikelser handlar antingen om läkemedel eller om brister i kommunikation och samarbete mellan kommunal sjuksköterska och läkare på vårdcentral särskilt jourläkare. Dessa avvikelser lyfts på NOSAM för att föra dialog om hur samverkan mellan primärvård och kommun kan förbättras.

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 oss 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.

2.4.6 Avvikelser dokumentation hälso- och sjukvård

Likt föregående år visar utredning av avvikelser att det saknas vårdprocesser i patientjournaler bland annat utifrån genomförda riskbedömningar men även vårdprocesser kopplade till diagnos. Det saknas även en del dokumentation kring aktuella uppföljningar och resultat.

När leg. personal delegerar/ordinerar hälso- och sjukvårdsinsatser till omsorgspersonal ska detta dokumenteras i en vårdprocess i patientens journal och det ska fördelas information och instruktion i vårdplaner till omsorgspersonal. MAR och MAS har noterat vid ett flertal utredningar att vårdplaner är bristfälligt formulerade eller att de helt saknas. Det finns ett behov av att utbilda leg. personal i utformning av vårdplaner samt att utbilda omsorgspersonal i hur de läser och dokumenterar i vårdplaner.

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 inga avvikelser rapporterade kring detta.

2.4.7 Reflektioner kring avvikelser från verksamhetschefer och enhetschefer

Äldreboende egenregi

Verksamhetsområdet hade planerat att arbeta med avvikelshantering på ledningsnivå under hösten 2022 men det har av olika anledningar prioriterats bort. VC har fångat upp bristande utredningar av EC där även analys saknas för att undvika att likande inträffar igen. Fall och läkemedel är mest frekvent rapporterat. Under 2023 planerar VC att tillsammans med EC, på ledningsnivå, arbeta med olika fall från verkligheten för ett mer konkret lärande kring avvikelshantering.

Äldreboende privata utförare

Synpunkt och klagomålsblankett lämnas ut då brukare flyttar in. Regelbunden dialog förs med personal om avvikelshantering.

Funktionsstöd

Inom ett funktionsstödsområde är upplevelsen att EC har blivit bättre på att i ett tidigt skede utreda avvikelser. Inom ett annat funktionsstödsområde har alla EC lagt in uppföljning av avvikelser i sitt årshjul. Inom det tredje funktionsstödsområdet har EC vid ett tillfälle 2022 haft fördjupning av avvikelshantering inom sina egna enheter. Inom samtliga tre funktionsstödsområden finns ett fåtal registrerade synpunkter/klagomål. Inom samtliga funktionsstödsområden har stödpedagoger stöttat medarbetare löpande om när en avvikelse ska skrivas. Det finns en variation inom enheter och mellan enheter kring att rapportera avvikelser.

Hemtjänst egenregi

Inom område hemtjänst har cheferna under året arbetat med att uppmuntra och stötta medarbetare att rapportera avvikelser. Medarbetare anger inte längre tidsbrist som en orsak till att inte rapportera avvikelser. Fortsatt utveckling behövs för att medarbetare ska se/förstå syftet med att avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet samt att få bort skuld- och skamkulturen.

Hemtjänst privata utförare

Det finns variation mellan utförare om avvikelser rapporteras i verksamhetssystemet eller i pappersform. Utbildning för personal har genomförts vid vissa enheter. Flera EC ser fortsatt utvecklingsarbete.

Kommunal primärvård

Legitimerad personal har under 2022 blivit tillagda som medutredare i avvikelser som rör hälso- och sjukvård. Flera avvikelser har handlat om brister vid läkemedelshantering framför allt kring narkotika.

EC HSL har deltagit vid flera avvikelseutredningar tillsammans med EC SoL och LSS vilket varit en framgångsfaktor för att komma till rätta med bristerna.

Reflektioner från MAR och MAS

Fall och läkemedel är de två områden där flest avvikelser rapporteras. Under sommaren 2022 rapporterades färre avvikelser än vanligt jämfört med tidigare år samma period. En orsak kan vara att vikarier anställdes senare än tidigare år och att de inte hann få tillräcklig introduktion kring avvikelshantering.

Inom förvaltningen görs patienten oftast inte delaktig i avvikelsearbetet och kunskapsnivån kring avvikelshantering hos medarbetare och enhetschefer varierar mellan olika verksamheter och flera delar i avvikelshandlingen brister idag. Brister vid rapportering av avvikelser och avsaknad vid utredning av avvikelser leder till konsekvenser för den enskilda brukaren men även för övriga brukare där lärdomar om det förebyggande arbetet uteblir. Revidering av riktlinjerna för avvikelshantering har genomförts under året och SAS, MAS, MAR har erbjudit samt erhållit utbildning och utbildningsmaterial samt lathund kring avvikelshantering till samtliga chefer i egenregi och privata utförare.

2.5 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. Enhetschef för verksamheten ansvarar för att gradera avvikelserna samt påbörja utredning av händelsen. MAS och MAR kontaktas om avvikelserna bedöms ha betydande eller mycket hög/katastrofal allvarlighetsgrad (grad 3 och 4). MAS/MAR gör även månadsvisa sökningar i systemet för att fånga upp alla inrapporterade vårdskador. MAR och MAS deltar i utredningarna med allvarlighetsgrad 3 och 4, tillsammans med ansvarig enhetschef och övriga berörda, och bedömer efter utredning om ärendet ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2022 har MAR och MAS gjort ett flertal vårdskadeutredningar varav fyra bedömdes som allvarliga och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ytterligare 10 utredningar

bedömdes som vårdskador och fem utredningar som risk för vårdskada. Under 2022 har MAS, MAR, SAS utrett lex Sarah och vårdskador som omfattat två hela äldreboenden. Båda ärendena har bedömts som allvarligt missförhållande och allvarlig vårdskada. SAS, MAS, MAR har efter händelserna haft regelbundna uppföljningar, utifrån framtagen handlingsplan, med berörda chefer inom SoL och HSL för att säkerställa att planerade åtgärder genomförts samt effekterna av dem. Enheterna har visat på flera goda exempel kring teamsamverkan och ansvarstagande kring händelserna. Exempel på åtgärder som vidtagits är tätare avstämningar mellan omsorgspersonal och legitimerad personal samt ett flertal utbildningsinsatser för omsorgspersonal med syfte att öka kunskapen inom de uppmärksammade utvecklingsområdena. Uppföljningsmötena visar att åtgärderna har gett viss effekt samtidigt som det är av stor vikt att enheterna fortsätter att utvärdera åtgärderna under 2023.

Reflektioner från MAS och MAR:

MAS och MAR bedömer att det finns ett stort mörkertal av inträffade vårdskador inom förvaltningen. Dels visar de månatliga sökningarna i systemet att MAS och MAR sällan får information från ansvarig enhetschef när en registrerad avvikelse bedöms som grad 3 eller 4, dels noteras ofta bristfälliga utredningar i de avvikelser som MAS och MAR granskar. Det finns ett stort behov av att öka kunskapen hos ansvariga enhetschefer kring begreppet vårdskada samt att säkerställa systematiken i utredningsförfarandet. Under 2022 har en större utbildningsinsats genomförts för alla chefer inom förvaltningen och förhoppningen är att detta ska leda till ökad kunskap kring utredning och rapportering av vårdskador.

Utifrån de avvikelser som MAS och MAR utrett under 2022 finns flera områden där risken för vårdskador bedöms hög:

- Trycksår
- Felaktigt utför delegerad/ordinerad insats
- Bristande omvårdnad som leder till vårdskador
- Fall
- Malnutrition

2.6 Analys av medicinskt ansvariga

Det lokala arbetet utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet, ”Agera för säker vård”, påbörjades i verksamheterna under våren 2020 men arbetet tappade fart på grund av covid-19. Under 2022 har dock verksamheterna inom HSL tagit fram förbättringsområden utifrån både nationella handlingsplanen och lokala patientsäkerhetsplanen för att öka patientsäkerheten. De olika förbättringsområdena har implementerats i respektive enhets verksamhetsplan.

Som tidigare nämnt bedöms bristen på samverkan mellan olika professioner som en av orsakerna till händelseförloppet i de avvikelser som MAS och MAR utreder. Även brister i samverkan med externa aktörer, så som regionens primärvård och slutenvården, riskerar att orsaka vårdskador. Här behöver både förvaltningen samt NOSAM arbeta med en kulturförändring för att säkerställa att patienter inom kommunal primärvård får personcentrerad vård.

Förvaltningen har ett fortsatt stort förbättringsarbete att göra för att fullt ut implementera det förebyggande arbetet med riskbedömningar enligt kvalitetsregistren Senior alert, Nikola och

riskbedömning suicid. Resultaten visar att det fortfarande saknas registreringar vad gäller riskbedömning och åtgärder.

Verksamheterna behöver fortsätta arbetet med att utbilda personal i hälso- och sjukvårdsdokumentation samt utveckla kollegial journalgranskning för att säkerställa att det finns vårdprocesser i patientjournal utifrån gjorda riskbedömningar, vårdprocesser kopplade till diagnos och dokumentation kring aktuella uppföljningar och resultat. Det finns ett behov av att utbilda leg. personal i utformning av vårdplaner samt att utbilda omsorgspersonal i hur de läser och dokumenterar i vårdplaner. MAR och superanvändare på rehab kommer genomföra utbildningar för leg. arbetsterapeuter/fysioterapeuter under våren 2023.

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

3. MÅL OCH STRATEGIER 2023

En patientsäkerhetsplan för 2023 har tagits fram tillsammans med verksamheterna med fokusområden för kommande års patientsäkerhetsarbete. Planen utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård” och är beslutad av vård- och omsorgsnämnden.

Patientsäkerhetsplanen ska, tillsammans med verksamhetens egen verksamhetsplan, bidra till ett systematiskt förbättringsarbete där målet förutom god och säker vård är nöjda brukare/patienter och en verksamhet av hög kvalitet.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker tertial där MAS och MAR har muntlig dialog med alla verksamhetschefer och resultatet presenteras för nämnden.

3.1 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

3.1.1 En god säkerhetskultur

Säkerhetskulturen behöver kännetecknas av

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa.
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet.
- ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt.
- en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och av risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

Uppföljning tertial för att säkerställa en god säkerhetskultur:

- Hur har enheterna arbetat med det systematiska patientsäkerhetsarbetet efter utbildning hösten 2022 av GR/2Learn?
- Sammanställning avvikelser
 - Antal allvarliga vårdskador eller risker för allvarliga vårdskador samt åtgärder.

- Synpunkter och klagomål som rör patientsäkerhet samt åtgärder.

3.1.2 Adekvat kunskap och kompetens

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

Uppföljning tertial för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens:

- Basala kläd- och hygienrutiner
 - Självsiktningar genomförda enligt plan?
 - PPM-mätning genomförd.
 - Årlig hygienkartläggning genomförd?
 - Hur fungerar samarbetet mellan hygienombud och hygiensjuksköterska?
- HSL dokumentation
 - Kollegial granskning - resultat och planerade åtgärder i förbättringsarbetet.
- Förflyttningsteknik
 - Andel utbildade medarbetare.
 - Avvikelser och anmälda arbetsskador som rör förflyttning.
- Implementering av rehabombud
 - Finns rehabombud 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 besiktigt hjälpmedel och andra medicintekniska produkter i grundutrustning/verksamhetsutrustning enligt plan?
- Läkemedelshantering
 - Är delegeringsprocessen känd?
 - Hur fungerar arbetet i MCSS/APPVA?
 - Har antalet läkemedelsavvikelser minskat?

3.1.3 Patienten som medskapare

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende. Aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala.

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

- Patientens delaktighet redovisad i patientjournalens vårdprocesser.
- Direkt patienttid för legitimerad personal.
- Synpunkter och klagomål utifrån förvaltningens tillgänglighet.
- Tillgänglighet till legitimerad personal.

3.1.4 Teamarbete och samverkan

Teamarbete innebär att alla i teamet bidrar med sin specifika kompetens. Även detta är en förutsättning för en hög patientsäkerhet. Teamet utgörs av den personal som finns närmast patienten, men också team högre upp i organisationen påverkar säkerheten.

Uppföljning tertial för att säkerställa bra teamarbete och samverkan:

- Hur fungerar enheternas rutiner för teamarbete och samverkansplattformar?

- Avvikelser, synpunkter och klagomål där teamsamverkan saknas.

3.2 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

3.2.1 Processer och arbetssätt som förebygger vårdskador

För att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt utan också stärka det skadeförebyggande arbetet. Centralt är att arbeta riskmedvetet och förebyggande med det yttersta syftet att vårdskadorna aldrig inträffar. Genom detta kan vi närma oss de två perspektiven frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

Uppföljning tertial för att säkerställa arbetssätt som förebygger vårdskador:

- Antal riskbedömningar utifrån kvalitetsregistret Senior alert per enhet samt åtgärder och uppföljning av dessa.
- Antal riskbedömningar suicid per enhet.
- Finns det vårdplaner för alla HSL-insatser som delegerats/ordinerats och återkopplar omsorgspersonal via vårdplaner?
- Sjuksköterskornas vårdprocesser – vilka insatser delegeras till omsorgspersonal?

3.2.2 Palliativ vård – god vård i livets slut

Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med livshotande sjukdom. Detta sker under beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I vården ingår även stöd till patientens närstående.

Uppföljning tertial för att säkerställa god vård i livets slut:

- Resultat i palliativregistret samt enheternas förslag på åtgärder i fortsatt förbättringsarbete.

Bilaga 1. Årsrapport SIP-implementering

Årsrapport 2022 SIP-implementering Lokalt

Bakgrundsfrågor

Fråga	Svar
Vilket NOSAM-område rapporterar?	Mölnadal
Vem/vilka är er lokala SIP-samordnare?	Pär Thunström och Cecilia Olsson
Är ansökan om stimulansmedel för år 2021-2022 gjord och medel rekvirerade?	Ja
Hur många utsedda och utbildade SIP-utbildare finns i ert område?	33 personer
Finns det behov av fler SIP-utbildare?	Ja

Stimulansmedel för stärkt arbete med SIP som verktyg i samverkan

Fråga	Svar
Hur har ni använt dessa stimulansmedel?	Lokal SIP-dag med 150 deltagare Lokal SIP-utbildning för SIP-kunniga
Varför valde ni att använda stimulansmedel som ni gjorde?	Öka SIP-implementering lokalt. Viktigt att träffas fysiskt över gränserna för att öka samverkan
Ni som har rekvirerat stimulansmedel inför nästa år: hur tänker ni använda dessa?	Ev. bekosta del av tjänst för ytterligare SIP-samordnare som kan vara stöd i att delta i lokala SIP-utbildningar i varje verksamhet Anordna lokal SIP-dag för ökad samverkan

Lokala SIP-samordnare i NOSAM

Påståenden nedan är kopplade till uppdragsbeskrivning för lokal SIP-samordnare (se länk ovan).

Kryssa i alternativet som stämmer för dig som SIP-samordnare under år 2022:

SIP-samordnare har en uppdaterad kontaktlista över samtliga utbildade och utsedda SIP-utbildare i sitt ansvarsområde?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
SIP-samordnare har kartlagt och rapporterat hur SIP-implementeringen fortskrider i närområdet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
SIP-samordnare har inventerat vilka verksamheter som SIP-utbildarna har utbildat?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

SIP-samordnare har uppmärksammat verksamheter som ej har nåtts av utbildningsinsatser om behovet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
SIP-samordnare har delgivit NOSAM och SIP-utbildare nyheter och information från delregional SIP-koordinator på uppmaning under året?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
SIP-samordnare har deltagit i nätverket för SIP-samordnare?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
SIP-samordnare har kontakt med sin uppdragsgivare, NOSAM?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Fråga	Svar
Vad har NOSAM givit SIP-samordnaren i uppdrag? Har uppdragsbeskrivningen för SIP-samordnare här ovan använts och byggts på?	SIP-samordnarna har arbetat utifrån delregional uppdragsbeskrivning plus att anordnande av lokal SIP-dag har initierats och godkänts av NOSAM
Vad har SIP-samordnaren gjort i sitt uppdrag?	Anordnat lokal SIP-dag Tagit fram lokal SIP-utbildning Samman kallat alla SIP-utbildare regelbundet, Deltagit i nätverk för SIP-samordnare Rapporterat om arbetet på NOSAM Rapporterat om arbetet i delregionalt nätverk
Hur mycket tid har lagts på uppdraget som SIP-samordnare?	Ca 10% per SIP-samordnare, så 20% av heltid totalt. Har varit mer vissa perioder och mindre andra.
Vad har den lokala SIP-samordningen bidragit till i ert område?	Fler SIP-utbildare i verksamheterna. Ökad kunskap och ökat intresse kring SIP. SIP-samordnare får fler och fler frågor kring SIP.
Har ni behov av lokal SIP-samordning fortsatt? På vilket sätt?	Ja, planen för 2023 är att: Få med fler verksamheter i NOSAM Mölndal som utser SIP-kunniga Tydliggöra arbetet med SIP-implementeringen i NOSAM:s handlingsplaner Lokal SIP-utbildning med mer handfasta tips och råd kring SIP Öka användandet av SAMSA i kommunen för att hantera fler SIP:ar där

SIP-utbildare

Fråga	Svar
Information om SIP-utbildarnas arbete under år 2022 från SIP-utbildarna själva.	Enkät https://forms.office.com/r/BgP4RMDXs2
Sammanfatta <u>kort</u> hur långt SIP-utbildarna i ert område har kommit och vad de har gjort?	I Mölndal har NOSAM tagit beslut om att döpa om uppdraget till SIP-kunnig. Se bifogad uppdragsbeskrivning.
Vilka verksamheter har <i>inte</i> nåtts av utbildningsinsatser från SIP-utbildare?	Flera vårdcentraler har inte utsett SIP-kunniga. Inom vård och omsorg har endast handläggare fått information och har utbildning planerat. Vi behöver nå ut till fler verksamheter i verkställighet inom äldreomsorg och funktionsstöd.

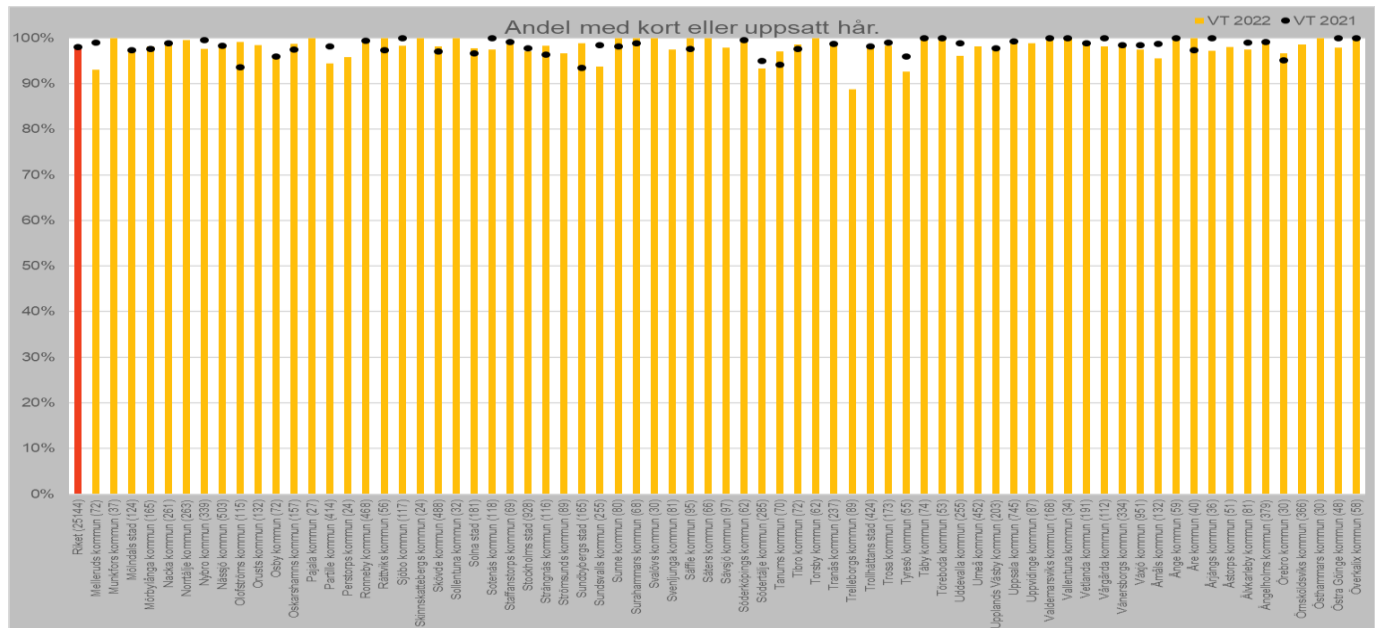
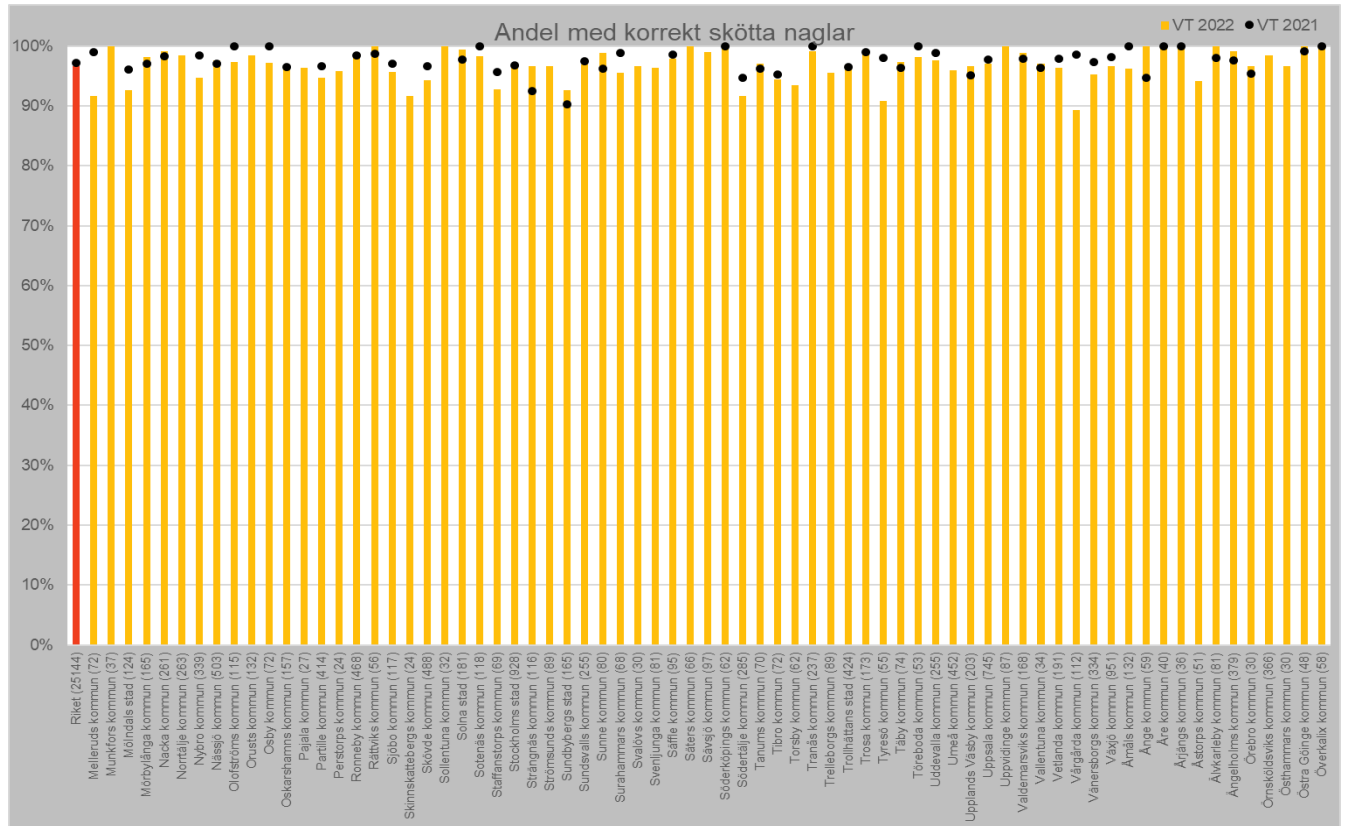
Nuläge lokal SIP-implementering & Reflektioner inför fortsatt arbete

Fråga	Svar
Nuläge: Var står ni idag i SIP-implementeringen? • Hur har ni arbetat för att öka kvalitativa SIPar och stimulera kunskap om SIP i ert område?	Se ovan.
Vilka utmaningar och möjligheter ser ni?	Svårt att få med alla. Krävs mycket insatser från SIP-samordnare at ex. besöka de verksamheter som inte utsett personer. Tid för detta finns inte.
Vilka förbättringsområden har ni sett under året?	Fler verksamheter behöver få kunskap kring SIP.
Upplever NOSAM någon förändring detta år? • Om ni inte hade haft SIP-samordnaren och stimulansmedel samt SIP-utbildare, tror ni att ni hade kommit lika långt som ni har gjort? • Hur märker ni av att det finns ett stärkt arbete med SIP i hela Göteborgsområdet? • Vilken förändring upplever ni av att ha SIP-samordnare i NOSAM? • Vilken förändring upplever ni av att det finns utsedda SIP-utbildare?	Vi tror att rollerna som SIP-samordnare och SIP-utbildare har ökat kunskapen kring SIP i flera verksamheter. Bland annat får SIP-samordnare fler och fler frågor kring SIP. Utbyte med SIP-samordnare från olika kommuner/stadsområden Regelbunden rapport om nuläget kring SIP-implementeringen. Bra att det finns en tydlig roll som arbetar med implementeringen.

	Finns lokal kunskap i flera verksamheter vilket gör att behovet av SIP uppmärksammas i större utsträckning.
Vad blir ert nästa steg för att nå längre? Vad vill ni fokusera mer på?	Se ovan, plan 2023.
Något ni vill tillägga?	Nej.

Bilaga 2 - Punktprevalensmätning PPM Basala klädregler- och hygienrutiner

Sida 2



Bilaga 3 - SVENSKA HALT mätning resultat

Sida 1

2022:

	Möndal Alla enhetstyper	Riket Alla enhetstyper	Riket totalt
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	344	20384	20384
Antal vårdtagare med korttidsvård	0	432	432
Antal kvinnor	232	13444	13444
Antal män	112	6940	6940
Antal >80 år	237	14677	14677
Antal >85 år	185	10497	10497
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4	225	225
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	1%	1%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4	231	231
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	7	625	625
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	5	470	470
- Antal vårdtagare med profylax	2	163	163
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	2%	3%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	684	684

2021:

	Möndal Alla enhetstyper	Riket Alla enhetstyper	Riket totalt
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	284	16877	16877
Antal vårdtagare med korttidsvård	0	356	356
Antal kvinnor	201	11075	11075
Antal män	83	5802	5802
Antal >80 år	224	12127	12127
Antal >85 år	170	8652	8652
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	6	175	175
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	2%	1%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	6	185	185
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	6	441	441
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	4	346	346
- Antal vårdtagare med profylax	2	102	102
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	2%	2%	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	6	469	469

Bilaga 4 - Statistik från MCSS

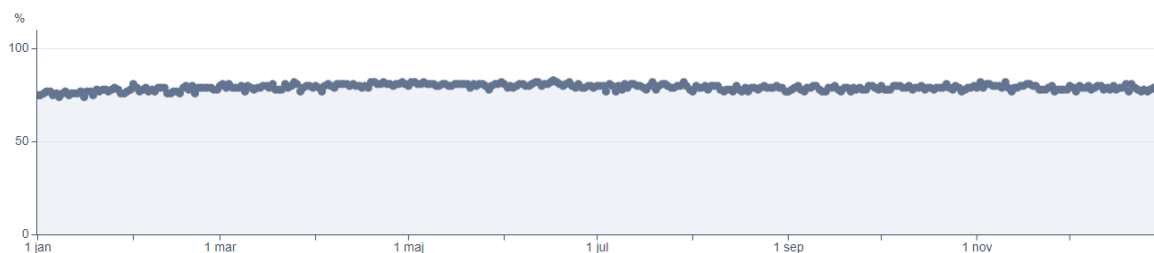
Sida 1

Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser

Alla insatser:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

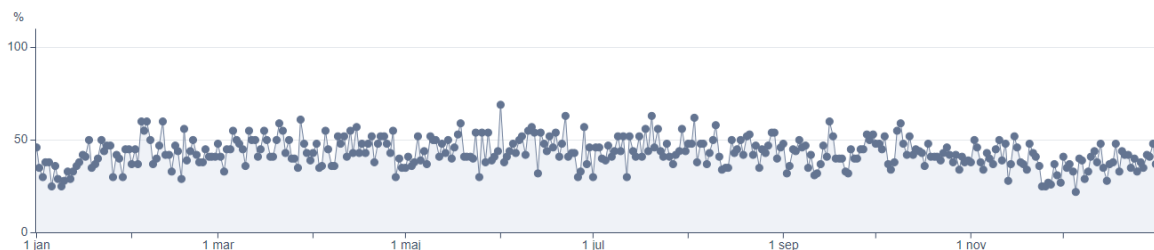
VISA



Arbetsterapi:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

VISA



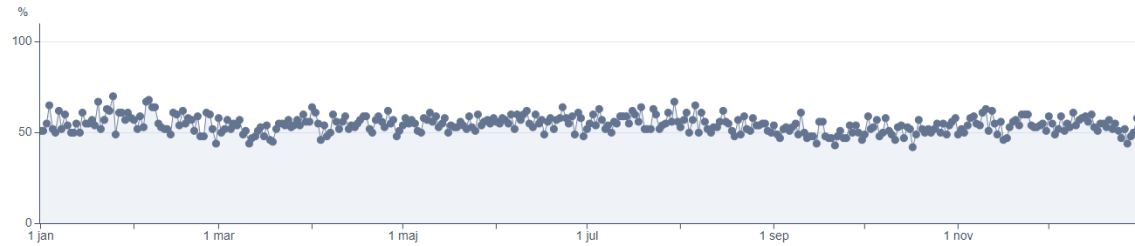
Bilaga 4 - Statistik från MCSS

Sida 2

Fysioterapi:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

VISA

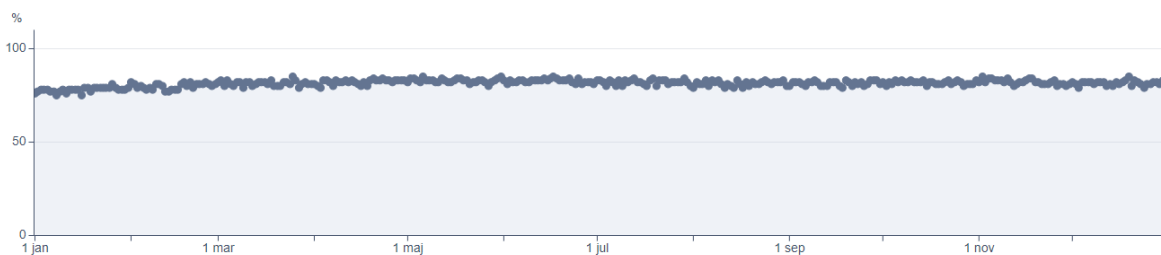


I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSnittLIG AVVIKELSE I TID	ANDEL SIGNERADE INSATSER	TOTALT AN TAL INSATSER
54 %	46 %	2 % fler i tid	50 minuter	65 %	45187

SSK Läkemedel:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

VISA



I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSnittLIG AVVIKELSE I TID	ANDEL SIGNERADE INSATSER	TOTALT AN TAL INSATSER
81 %	19 %	4 % fler i tid	20 minuter	94 %	1465686

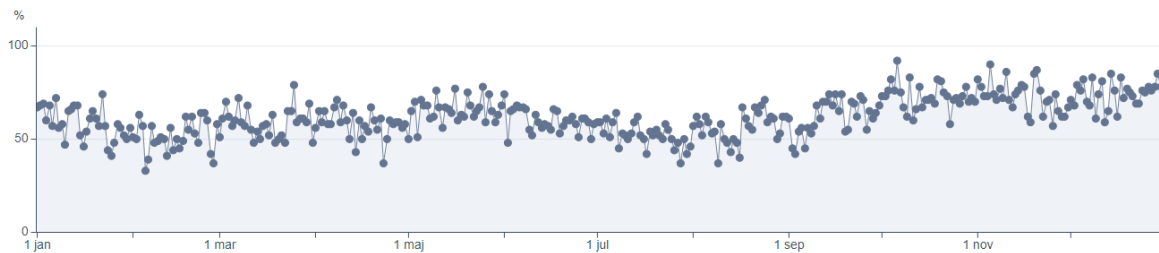
Bilaga 4 - Statistik från MCSS

Sida 3

SSK Narkotika:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

VISA

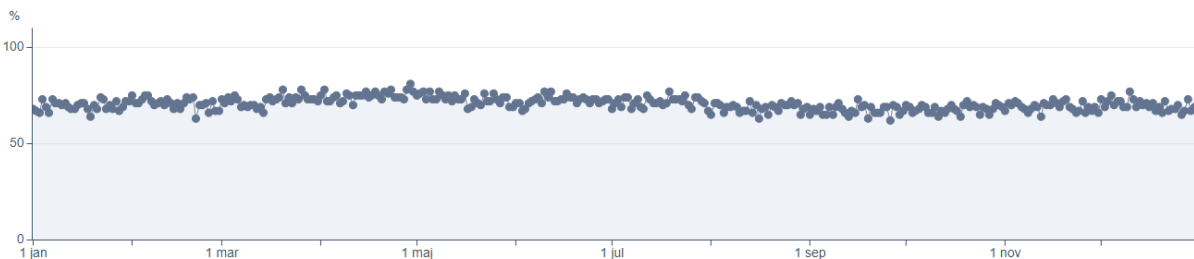


I TID 62 % EJ I TID 38 % FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD -2 % färre i tid GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID 18 minuter ANDEL SIGNERADE INSATSER 76 % TOTALT ANTAL INSATSER 12072

SSK övriga insatser:

FRÅN 2022-01-01 TILL 2022-12-31

VISA



I TID 70 % EJ I TID 30 % FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD 2 % fler i tid GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID 23 minuter ANDEL SIGNERADE INSATSER 87 % TOTALT ANTAL INSATSER 180870

Bilaga 5 - Kvalitetsregister Senior Alert och Nikola

Sida 1

Statistik Mölndal totalt Senior alert 2022:

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2		
Mölndals stad	427	90% 476 av 527	84% 400 av 476	87% 415 av 476	54% 160 av 277	58 44 personer	166 personer	19 13 personer	151 personer		
Trycksår		30% 159 av 527	85% 135 av 159	86% 136 av 159	44% 39 av 89						
Udemärning		61% 319 av 527	89% 283 av 319	90% 288 av 319	57% 106 av 186						
Fall		80% 421 av 527	91% 383 av 421	90% 377 av 421	56% 140 av 248						
Munhälsa		43% 224 av 524	83% 186 av 224	89% 200 av 224	50% 69 av 138						

Statistik Mölndal totalt Senior alert 2021:

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2		
Mölndals stad	361	90% 376 av 420	85% 321 av 376	86% 325 av 376	54% 160 av 309	48 34 personer	160 personer	13 13 personer	120 personer		
Trycksår		28% 116 av 420	90% 104 av 116	91% 105 av 116	60% 59 av 99						
Udemärning		57% 240 av 420	87% 209 av 240	87% 208 av 240	61% 125 av 206						
Fall		74% 312 av 420	92% 287 av 312	88% 274 av 312	52% 132 av 252						
Munhälsa		39% 154 av 397	81% 124 av 154	85% 131 av 154	50% 62 av 125						

Bilaga 5 - Kvalitetsregister Senior Alert och Nikola Sida 2

Statistik per enhet Senior alert 2022

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Mölnåls stad	427	90%	84%	87%	54%	58	166	19	151	
Berzelius äldreboende	43	86%	94%	94%	62%	5	18	0	14	
Bifrost äldreboende	38	98%	70%	77%	15%	4	22	4	16	
Brattåsgårdens äldreboende	33	88%	78%	84%	26%	5	10	1	15	
Brogården Äldreboende	51	96%	98%	95%	55%	2	20	0	10	
Eklanda Äldreboende	14	100%	86%	57%	0%	5	11	0	6	
Fallströmmens korttidsenhet	19	100%	95%	90%	80%	0	11	0	4	
Fässbergs äldreboende	33	75%	100%	97%	65%	8	9	6	7	
LSS-verksamheter Mölndal	41	63%	73%	77%	100%	5	7	0	11	
Lackarebäckens Äldreboende	87	99%	87%	98%	87%	8	29	0	41	
Mölnåls HSV Ordinärt boende	39	85%	68%	76%	50%	6	13	1	11	
Sörgårdens Äldreboende	35	98%	72%	76%	30%	10	17	7	17	
Trygg Hemgång	1	100%	100%	100%	0%	0	1	0	0	
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Statistik per enhet Senior alert 2021:

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Mölnåls stad	364	90%	86%	87%	55%	48	164	14	120	
Berzelius äldreboende	75	90%	90%	99%	76%	3	30	0	27	
Bifrost äldreboende	16	100%	89%	89%	36%	4	16	1	13	
Brattåsgårdens äldreboende	35	90%	81%	84%	32%	4	11	3	19	
Brogården Äldreboende	46	94%	91%	93%	14%	2	16	0	7	
Eklanda Äldreboende	44	90%	85%	78%	81%	6	21	3	16	
Fallströmmens korttidsenhet	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0	
Fässbergs äldreboende	38	95%	97%	92%	71%	4	23	1	10	
LSS-verksamheter Mölndal	18	17%	100%	100%	0%	4	1	0	1	
Lackarebäckens Äldreboende	8	100%	0%	0%	8%	9	11	0	5	
Mölnåls ASIH	1	100%	100%	100%	0%	0	0	0	0	
Mölnåls HSV Ordinärt boende	39	90%	86%	69%	38%	4	13	1	6	
Sörgårdens Äldreboende	40	100%	78%	95%	64%	8	21	4	14	
Trygg Hemgång	9	100%	78%	89%	0%	0	4	1	2	

Bilaga 5 - Kvalitetsregister Senior Alert och Nikola

Sida 3

Statistik riskbedömningar blåsdysfunktion 2022:

Sverige / Kommun / Region

Mölnadal stad

Ar

2022

Typ av enhet

Alla

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning
Mölnadal stad	273	83% ↑ 241 av 292	93% ↓ 225 av 241	90% ↑ 216 av 241	62% ↑ 91 av 147	6% ↓ 9 av 147
Berzelius äldreboende	43	92% ↑ 45 av 49	100% ↔ 45 av 45	96% ↓ 43 av 45	61% ↑ 40 av 66	3% ↓ 2 av 66
Bifrost äldreboende	11	100% ↑ 11 av 11	100% ↔ 11 av 11	100% ↔ 11 av 11	50% ↑ 2 av 4	0% ↓ 0 av 4
Brattåsgårdens äldreboende	15	88% ↑ 14 av 16	86% ↓ 12 av 14	43% ↓ 6 av 14	20% ↓ 2 av 10	20% ↑ 2 av 10
Brogården Äldreboende	12	67% ↓ 8 av 12	100% ↔ 8 av 8	100% ↔ 8 av 8	0% ↔ 0 av 1	0% ↔ 0 av 1
Eklanda Äldreboende	2	100% ↑ 2 av 2	100% ↔ 2 av 2	100% ↔ 2 av 2	100% ↑ 1 av 1	0% ↔ 0 av 1
Fallströmmens korttidsenhet	12	77% ↑ 10 av 13	100% ↑ 10 av 10	100% ↑ 10 av 10	86% ↑ 6 av 7	0% ↔ 0 av 7
Fässbergs äldreboende	10	83% ↑ 10 av 12	100% ↑ 10 av 10	100% ↑ 10 av 10	42% ↑ 5 av 12	8% ↓ 1 av 12
LSS-verksamheter Mölndal	39	54% ↑ 21 av 39	95% ↓ 20 av 21	95% ↓ 20 av 21	100% ↑ 7 av 7	43% ↑ 3 av 7
Lackarebäckens Äldreboende	83	90% ↑ 80 av 89	94% ↑ 75 av 80	98% ↑ 78 av 80	93% ↑ 27 av 29	3% ↑ 1 av 29
Mölnadalens HSV Ordinärt boende	14	93% ↑ 13 av 14	85% ↓ 11 av 13	85% ↓ 11 av 13	0% ↓ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0
Sörgårdens Äldreboende	32	79% ↑ 27 av 34	78% ↓ 21 av 27	63% ↑ 17 av 27	10% ↑ 1 av 10	0% ↔ 0 av 10
Trygg Hemgång	1	0% ↓ 0 av 1	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0

Bilaga 5 - Kvalitetsregister Senior Alert och Nikola

Sida 4

Statistik riskbedömningar blåsdysfunktion 2021:

Sverige / Kommun / Region

Mölnadal stad

År

2021

Typ av enhet

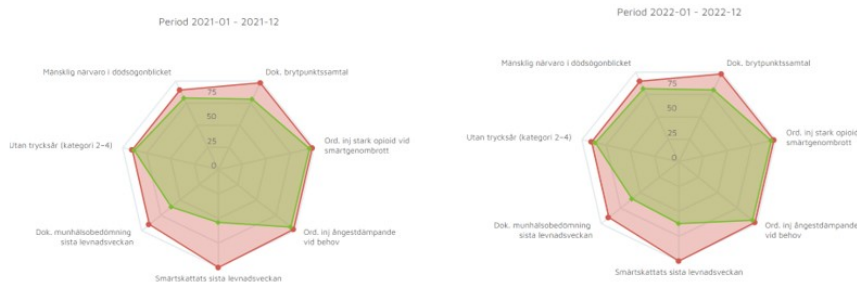
Alla

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Forbättring vid uppföljning
Mölnadal stad	195	76% ↓ 168 av 220	97% ↑ 163 av 168	87% ↓ 146 av 168	35% ↓ 35 av 100	14% ↑ 14 av 100
Berzelius äldreboende	60	91% ↓ 74 av 81	100% ↔ 74 av 74	97% ↓ 72 av 74	44% ↓ 20 av 45	18% ↑ 8 av 45
Bifrost äldreboende	14	71% ↓ 10 av 14	100% ↔ 10 av 10	100% ↔ 10 av 10	38% ↓ 3 av 8	13% ↑ 1 av 8
Brattåsgårdens äldreboende	26	78% ↓ 21 av 27	95% ↓ 20 av 21	81% ↓ 17 av 21	21% ↓ 3 av 14	7% ↓ 1 av 14
Brogården Äldreboende	7	100% ↑ 7 av 7	100% ↔ 7 av 7	100% ↔ 7 av 7	0% ↓ 0 av 12	0% ↓ 0 av 12
Eklanda Äldreboende	12	75% ↓ 9 av 12	100% ↑ 9 av 9	100% ↔ 9 av 9	50% ↑ 1 av 2	0% ↔ 0 av 2
Fallströmmens korttidsenhet	0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0
Fässbergs äldreboende	15	60% ↓ 9 av 15	89% ↓ 8 av 9	89% ↑ 8 av 9	33% ↔ 2 av 6	50% ↑ 3 av 6
LSS-verksamheter Möndal	18	33% ↓ 6 av 18	100% ↑ 6 av 6	100% ↔ 6 av 6	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0
Lackarebäcks Äldreboende	3	67% ↓ 2 av 3	0% ↓ 0 av 2	0% ↓ 0 av 2	0% ↓ 0 av 1	0% ↓ 0 av 1
Mölnadal HSV Ordinärt boende	13	57% ↓ 8 av 14	88% ↑ 7 av 8	88% ↑ 7 av 8	75% ↑ 6 av 8	0% ↔ 0 av 8
Sörgårdens Äldreboende	23	74% ↓ 17 av 23	100% ↔ 17 av 17	35% ↓ 6 av 17	0% ↔ 0 av 2	0% ↔ 0 av 2
Trygg Hemgång	6	83% ↑ 5 av 6	100% ↑ 5 av 5	80% ↑ 4 av 5	0% ↔ 0 av 2	50% ↑ 1 av 2

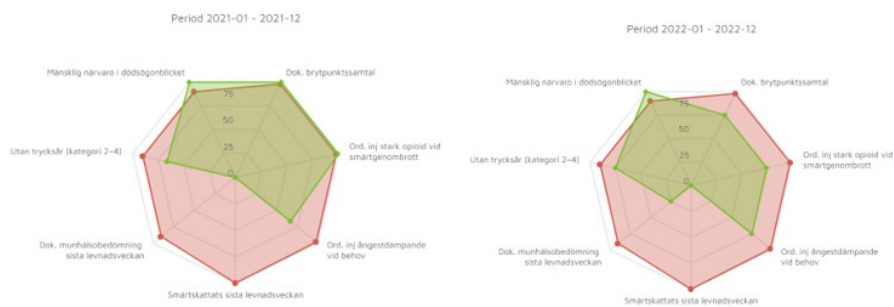
Bilaga 6 - Svenska palliativregistret

Sida 1

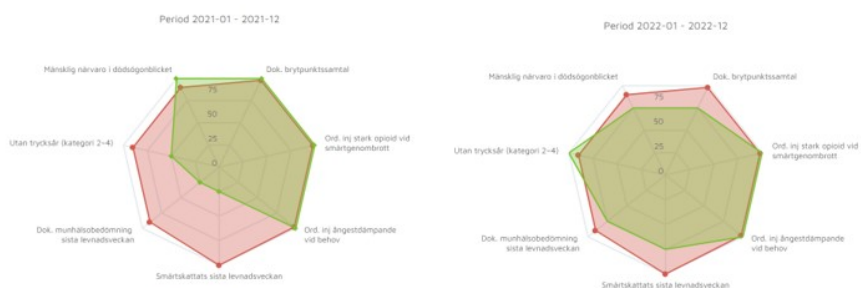
RIKET



BRATTÅS Äldreboende



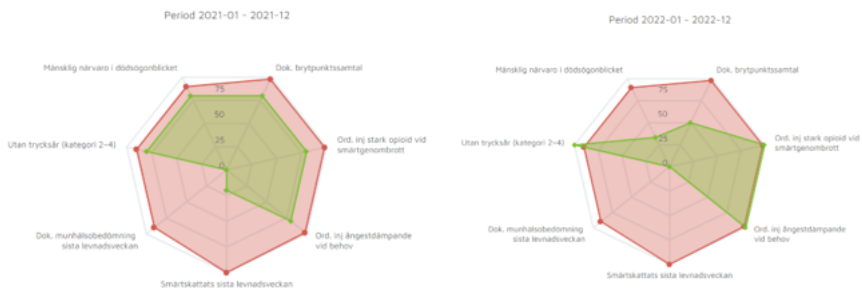
BIFROST Äldreboende



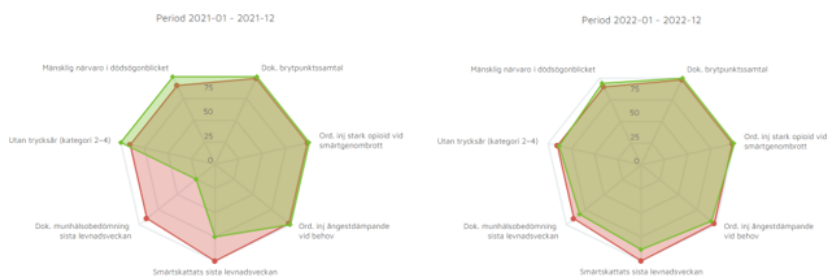
Bilaga 6 - Svenska Palliativregistret

Sida 2

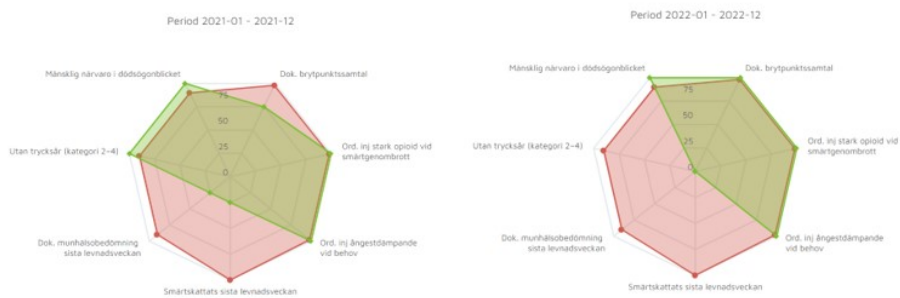
EKLANDA Äldreboende



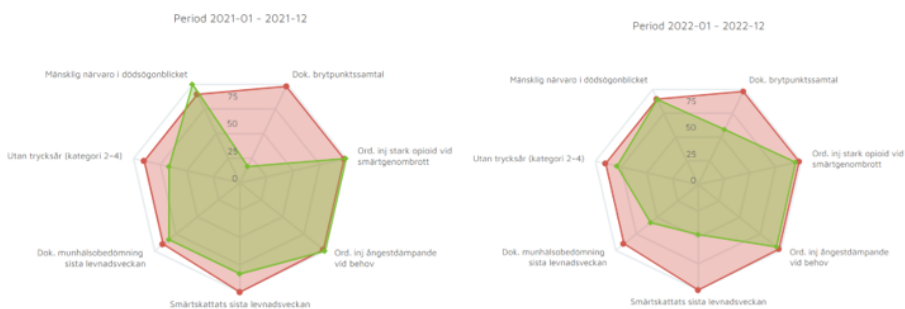
FALLSTÖMMENS Korttidsboende



FÄSSBERGS Äldreboende



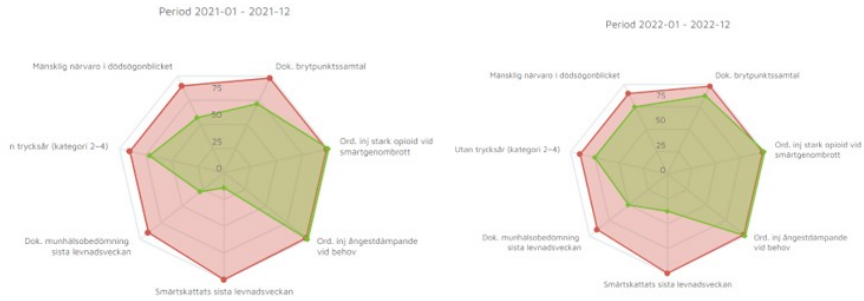
LACKAREBÄCK Äldreboende



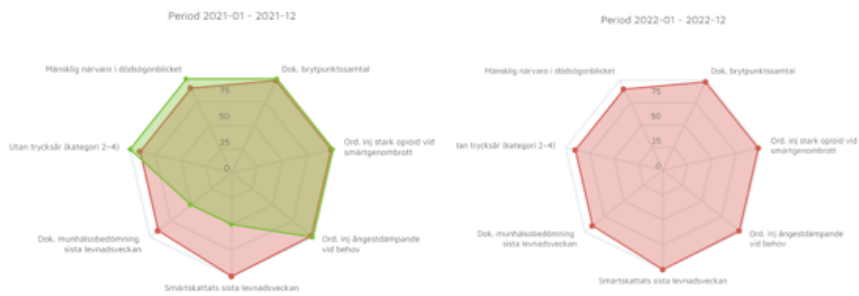
Bilaga 6 - Svenska Palliativregistret

Sida 3

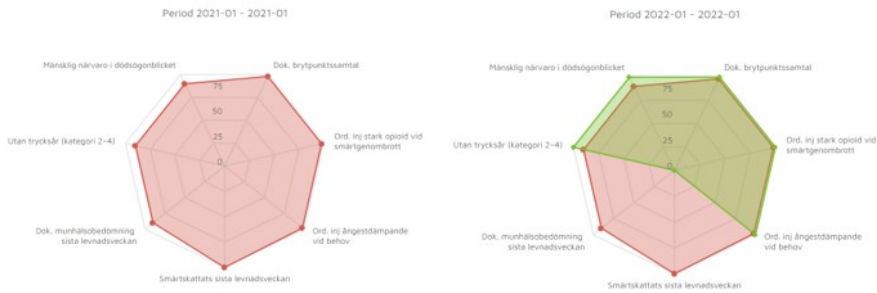
BROGÅRDENS Äldreboende



SÖRGÅRDENS Äldreboende



Boende BMSS



Ordinärt boende



Bilaga 7 – Tandvårdsregistret

Sida 1

Underlaget visar antal N-intyg under 2021 i Västra Götaland.

Antal personer som tackat ja respektive tackat nej till munhälsobedömning visas.

Avlidna är *ej* medräknade

2021

LSS/Enskilt boende			Äldreboende			N-intyg oavsett boendeform		
Jatack MHB	Nejtack MHB	Antal N-intyg	Jatack MHB	Nejtack MHB	Antal N-intyg	Jatack MHB	Nejtack MHB	Antal N-intyg
133	544	677	329	70	399	462	614	1 076

2022

151	549	700	327	52	379	478	601	1 079
-----	-----	------------	-----	----	------------	------------	------------	--------------

Antal genomförda utbildningar

	2020						2021						2022						Summa											
	LSS/Enskilt boende		Äldreboende etc.		Boendeform		LSS/Enskilt boende		Äldreboende etc.		Boendeform		LSS/Enskilt boende		Äldreboende etc.		Boendeform		LSS/Enskilt boende		Äldreboende etc.		Boendeform							
	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare	Antal timmar	Antal deltagare						
Brattås boende/Stadsmissionen													2	3						2	3	2	3							
Förlundag, 39 plan 1 boendestöd	2	10			2	10														2	10									
Hedbäcksvägen 4							2	7												2	7									
Lejonslättgatan 22 (gb)													2	14						2	14	2	14							
Mäldomargatan (Serviceb)	2	10			2	10													2	10	2	10								
Rantorp (Serviceb)													2	6						2	6	2	6							
Alma vård och omsorg Hemtjänst					1	8					1	8			1	9							1	9						
HTJ Centrum					4	20					4	20							4	20	4	20								
HTJ Lindome					4	19					4	19							4	19	4	19								
HTJ Stensjön	2	7			2	7							5	31					5	31	7	38								
Berzelius mellan 1									2	13		2	13										2	13						
Berzelius mellan 2									2	13		2	13										2	13						
Berzelius mellan 3									2	10		2	10										2	10						
Eklända äldreboende			2	20	2	20													2	20	2	20								
Fässbergshemmet															1	15			1	15			1	15			1	15		
Möldal	6	27	2	20	8	47	11	54	6	36	17	90	12	63	1	15	13	78	29	144	9	71	38	215						

Bilaga 7 sida 2 – Tandvårdsregistret

Antal utförda munhälsobedömningar under 2022

	LSS/Enskilt boende	Äldreboende	Antal MHB
Guldvingegatan	1		1
Eget boende	1		1
Havrekornsg 8 A,B (Serviceb)	1		1
Klaragården	2		2
Måldomargatan (Serviceb)	1		1
Personlig assistens	1		1
Eget boende	4		4
Hemtjänst LOV Casa Berget	1		1
HTJ Kållerød	1		1
HTJ Lindome	9		9
HTJ Åby /Balltorp	1		1
Berzelius mellan 1		8	8
Berzelius mellan 2		4	4
Berzelius mellan 3		6	6
Berzelius norra 2		8	8
Berzelius norra 3		7	7
Berzelius östra 1		9	9
Berzelius östra 2		8	8
Berzelius östra 3		7	7
Bifrost äldreboende		27	27
Brattåsgården		21	21
Brogården		23	23
Eget boende	2		2

Eklanda äldreboende		41	41
Fässbergshemmet		21	21
Lackarebäck Hus A1		11	11
Lackarebäck Hus A2		9	9
Lackarebäck Hus A3		5	5
Lackarebäck Hus B1 väst		6	6
Lackarebäck Hus B2 öst		5	5
Lackarebäck Hus B3 väst		5	5
Lackarebäck Hus B3 öst		9	9
Lackarebäck Hus C1 nord		6	6
Lackarebäck Hus C1 syd		5	5
Lackarebäck Hus C2 nord		7	7
Lackarebäck Hus C2 syd		7	7
Lackarebäck Hus C3 nord		4	4
Lackarebäck Hus C3 syd		4	4
Sörgården		19	19
Mölnadal	25	292	317