



Diarienummer VON 00019/2024

# Patientsäkerhetsberättelse för Mölnåls stad 2023



Datum: 2024-02-22

Ansvariga för innehållet:

Karin Blomqvist, medicinskt ansvarig ssk

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 2023 för att förbättra patientsäkerhet samt analys av dessa.
  - Sammanställning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt analys av dessa.
- *Mål och strategier för 2024* – patientsäkerhetsplan för uppföljning av olika indikatorer utifrån resultat och analys av patientsäkerhetsarbetet 2023.

I Mölndals stad har totalt 1656 patienter varit inskrivna i kommunal primärvård under 2023. Alla patienter som bor på särskilt boende för äldre (ÄBO) och bostad med särskild service LSS (BMSS) är inskrivna i kommunal primärvård medan de invånare som bor i ordinärt boende (OBO) skrivs in i kommunal primärvård när behov uppstår.



Figur 1. Illustration över handlingsplanens områden

# Innehåll

Innehåll.....	3
SAMMANFATTNING .....	4
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.....	10
1.2 En god säkerhetskultur.....	10
1.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	10
1.4 Patienten som medskapare.....	11
1.5 Nationell tillsyn av äldreomsorgen .....	12
2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
2.1 Processer och arbetssätt som förebygger vårdskador .....	12
2.1.1 Riskbedömningar enligt Senior alert och Nikola.....	12
2.1.2 Riskbedömning suicid.....	12
2.1.3 Basala klädregler - och hygienrutiner .....	13
2.1.4 Delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsinsats.....	13
2.1.5 Digital signering.....	13
2.1.6 Kvalitetsindikatorer för palliativ vård.....	13
2.1.7 Skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom .....	14
2.2 Egenkontroller .....	14
2.3 Mål, strategier, åtgärder, resultat samt analys och planerade åtgärder.....	16
2.3.2 Kvalitetsregistren Senior alert och Nikola – mer detaljerad information.....	35
2.3.3 Hygien – mer detaljerad information.....	36
2.3.4 Delegering/ordination av hälso- och sjukvårdsinsats – mer detaljerad information .....	36
2.3.5 Svenska Palliativregistret – mer detaljerad information .....	37
2.3.6 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom och BPSD-registret – mer detaljerad information .....	37
2.3.7 Öka digitalisering i verksamheterna – mer detaljerad information .....	38
2.4 Avvikelse, synpunkter och klagomål 2023.....	38
2.4.1 Process för avvikelshantering och statistik kring hanterade avvikelser 2023 .....	38
2.4.2 Synpunkter och klagomål .....	39
2.4.3 Fallavvikelse .....	39

2.4.4 Avvikelser HSL insatser .....	41
2.4.5 Medicintekniska avvikelser .....	42
2.4.6 Avvikelser i vårdsamverkan .....	43
2.4.7 Avvikelser HSL-dokumentation .....	43
2.4.8 Reflektioner från EC och VC kring avvikelshantering .....	44
2.4.8 Följsamhet till anvisningar för avvikelshantering .....	44
2.5 Vårdskador .....	44
2.6 Analys av verksamhetschef HSL .....	45
2.7 Analys av medicinskt ansvariga .....	46
3. Patientsäkerhetsplan med mål och strategier 2024 .....	46
3.1 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	47
3.2 AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	49
Bilaga 1 – Resultat kvalitetsregister Senior Alert 2023 .....	50
Bilaga 2 – Resultat kvalitetsregister NICOLA 2023 .....	51
Bilaga 3 – Resultat från tandvårdsregistret 2023 .....	52
Bilaga 4 - Punktprevalensmätning PPM Basala klädregler- och hygienrutiner (resultat följer nedan länk) .....	54
Bilaga 5 - SVENSKA HALT mätning resultat 2023 .....	55
Bilaga 6 - Statistik från MCSS - Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser .....	57
Bilaga 7 - Svenska palliativregistret .....	61

## 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 patientens ställning samt främja integritet och delaktighet. I detta arbete är det systematiska patientsäkerhetsarbetet en viktig del och under 2023 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 2023 även 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 demensteam med demenssjuksköterska och specialistundersköterska har en mycket viktig roll i detta arbete.

Under 2022 genomförde förvaltningen en stor satsning med att utbilda alla verksamhetschefer, enhetschefer (EC) och metodstödjare i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Trots denna satsning ser medicinskt 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.

Statistik för 2022 och 2023 visar att alltför många av de delegerade och ordinerade HSL-insatser från legitimerad personal till omsorgspersonal inte signeras alls alternativt signeras för sent. Trots ett stort antal larm i signeringssystemet återfinns endast en liten del av larmen som rapporterade avvikelser vilket försvårar det systematiska förbättringsarbetet kring detta. Under 2024 behöver förvaltningen säkerställa följsamheten till anvisningar kring delegerade/ordinerade HSL-insatser så att alla patienter får den vård och rehabilitering som de har rätt till.

Under 2023 har arbetet med vårdplaner (instruktioner för de hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/ordineras till omsorgspersonal) fortsatt och metodstöd kring vårdplaner har arbetats fram för både legitimerad personal och omsorgspersonal.

Journalgranskning av patientjournal av MAS och MAR visar på fortsatt behov av utbildning och stöd för legitimerad personal för att säkerställa dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser.

# 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 i slutet av årets patientsäkerhetsberättelse 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 kommande år.

Patientsäkerhetsberättelsen och patientsäkerhetsplanen 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. Under 2023 har förvaltningen bytt leverantör av ledningssystem för att skapa en mer överskådlig och tydlig plattform, där chefer och medarbetare på ett enkelt sätt ska hitta relevant information för att kunna utföra god vård och omsorg.

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, anvisningar och politiska beslut.

#### 1.1.2.2 Verksamhetschefens ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård (VC HSL) ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar VC HSL 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 (ssk) som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. I Mölndals stad finns det även en fysioterapeut (FT) 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 anvisningar 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 VC HSL vid frågor som berör hälso- och sjukvård.

#### ***1.1.2.4 Enhetschefens ansvar***

EC ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem med fastställda anvisningar 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 ansvarar för att utreda avvikelser och meddela MAS och MAR då avvikelser med allvarlighetsgrad tre eller fyra inträffat. EC ska även 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 under 2023 förändrat sin struktur. Vårdsamverkan Göteborg anställde i början av året ett flertal processledare som ska vara stöd och hjälp för varje NOSAM-område. NOSAM Mölndal har nu ett gemensamt NOSAM med tre lokala undergrupperingar (LOSAM) med inriktningarna äldre, barn och unga samt vuxna. I NOSAM och LOSAM deltar chefer från olika verksamheter inom regionens och kommunens primärvård samt socialtjänsten.

#### ***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 haft den ena rollen, har under 2023 arbetat med att implementera SIP-arbetet i NOSAM Mölndal. SIP-samordnarna har haft fyra lokala nätverksträffar samt fyra nya utbildningstillfällen med de 63 personer i verksamheterna som under året utsetts till SIP-kunniga. Utöver detta har SIP-samordnarna haft riktade utbildningar till olika chefsgrupper inom förvaltningen samt till socialsekreterare inom social – och arbetsmarknadsförvaltningen (SAF). Under 2024 avslutas funktionen delregional SIP-samordnare och NOSAM-områden får inga mer medel för att stimulera implementeringen av SIP. NOSAM Mölndal har dock beslutat att behålla två SIP-samordnare som kan fortsätta att utbilda och skapa nätverk för SIP-kunniga i verksamheterna. Under 2024 behövs fortsatt arbete för att fler verksamheter inom NOSAM Mölndal ska utse och utbilda SIP-kunniga. Ett annat utvecklingsområde är att få till proaktiva SIP:ar för personer som precis fått en demensdiagnos samt SIP-möte inför att personer ska flytta från OBO till BMSS eller ÄBO.

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**

Den 1 mars 2023 startade personcentrerad mobil röntgen, efter att ha funnits i projektform, sin ordinarie drift inom verksamhet radiologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Tjänsten har funnits tillgänglig vardagar 07.30–15.30.

Mobil röntgen har använts för patienter på boende i Mölndals kommun enligt följande under 2023:

- Ett tillfälle på Fallströmmens korttidsboende
- Två tillfällen på Berzelius äldreboende

Mobil röntgen var även vid två tillfällen på Eklanda äldreboende för att röntga en patient, där det tyvärr inte gick att genomföra röntgenundersökning av olika anledningar.

Under projekttiden 2021-2022 gjordes fyra röntgenundersökningar på äldreboende i Mölndals stad; tre tillfällen på Eklanda äldreboende och ett på Brattås äldreboende.

### **1.1.3.5 Palliativa resursteamet**

Tack vare stadsbidrag har HSL-verksamheten de sista fyra månaderna under 2023 kunnat avsätta en sjuksköterska (SSK) och en arbetsterapeut (AT) som jobbar med de palliativa frågorna. SSK har fungerat som en samordnare mellan palliativa resursteamet (PRT) och kommunens sjuksköterskor med patientansvar för PRT- patienterna. Funktionen har varit ett bra stöd för alla involverade. Utsedd SSK och AT har även utbildat undersköterskorna på Bifrost korttidsenhet kring palliativ vård. Förhoppningen är att kunna behålla denna kvalitet även under 2024. PRT kräver mycket av den



legitimerade personalens tid och det är en viktig och prioriterad vård. Aktuell SSK samt AT arbetar även på att ta fram utbildningsmaterial för fortsatt plan att utbilda omsorgspersonalen inom hemtjänst och på äldreboende samt vidareutbilda personalen på Bifrost korttidsenhet.

#### ***1.1.3.6 Närsjukvårdsteamet***

Närsjukvårdsteamet utgår från Mölndals sjukhus och bemannas av läkare och SSK som besöker och följer upp patienterna i deras hem. Vården blir tryggare och säkrare och förhoppningen är att närsjukvårdsteamet ska överbrygga gapet som kan uppstå i vårdkedjan.

Under 2023 har 520 hembesök med närsjukvårdsteamet, där både läkare och SSK deltagit, genomförts. SSK från närsjukvårdsteamet har även gjort 641 egna uppföljande besök i Mölndal. Majoriteten av patienterna kommer till närsjukvårdsteamet efter att de varit på akuten som bedömt att inläggning i slutenvården inte behövs. I endast 3% av patientärendena är det kommunens SSK som tagit kontakt med teamet för inskrivning.

Under 2024 är ett förbättringsområde att fånga upp patienterna och involvera närsjukvårdsteamet innan patienterna behöver skickas in till akuten, om det inte uppenbart är så att de behöver akutsjukvård.

#### ***1.1.3.7 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 2023 skett på särskilt strukturerat sätt. VC HSL, MAS och EC 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 2023 diskuterats och en plan för samverkan 2024 tagits fram. Varje vårdcentral har tagit fram en rutin för samverkan 2024 som signeras av båda parter och läggs som bilagor till Närområdesplanen (NOP-plan) för 2024. Rutinerna kommer följas upp under slutet av 2024.

Verksamhetschef HSL och MAS inledde under 2023 samverkan med läkare i primärvården utsedd att ha funktionen: Medicinskt rådgivningsansvarig läkare. Tre avstämningar genomfördes under året. Två digitala och en fysisk. Gemensamt beslut om plan för samverkan och en tydlighet från kommunen om behov av stöd av denna funktion dokumenterades.

#### ***1.1.3.8 Vårdhygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset***

Vårdhygiens uppdrag är att upprätthålla expertis inom det vårdhygieniska ämnesområdet och ge vårdhygieniskt stöd till olika verksamheter. Vårdhygien finns som sakkunniga för kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygiens verksamhet - Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Ansvarig SSK vid Vårdhygien SU har under 2023 veckovis och ibland månadsvis haft digitala gemensamma möten med MAS från alla kranskommuner. Dessa möten har haft syftet att delge aktuellt läge gällande smitta, Covid-19, säsonginfluensa, RS virus med flera. Även information om reviderade regionala rutiner och det har getts tillfälle för reflektion och lärande över kommungränserna.

### **1.1.3.9 Avvikelser i samverkan – Medcontrol Pro (MCP)**

Avvikelser i vårdsamverkan hanteras digitalt i det regiongemensamma verktyget MedcontrolPro (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.

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om riktlinje 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. Vid dialogmöten med verksamhetschefer har 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**

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

MAR och metodutvecklare HSL har genomfört workshops med all legitimerad personal kring kvalificerade åtgärds-koder (KVÅ-koder). Syftet är att säkerställa att samma KVÅ-koder används för samma HSL-insatser samt att dessa registreras i patientjournal på samma sätt, så att vi kan få fram säker statistik kring vilka HSL-insatser patienterna i Mölndals kommunala primärvård får.

MAR och metodutvecklare HSL har under 2023 genomfört flera dialogmöten mellan dokumentationsombud bland legitimerad personal och dokumentationsombud bland omsorgspersonal. Utifrån dialogerna har MAR och metodutvecklare HSL arbetat fram två metodstöd kring vårdplaner, ett riktat till legitimerad personal och ett till omsorgspersonalen.

Under 2023 har arbetet med att utveckla förvaltningens lärplattform för utbildning och fortbildning, VOF-akademin, fortsatt. Under hösten 2023 har fokus varit att digitalisera olika delar i den chefsintroduktion som alla nya chefer inom VOF tidigare genomfört fysiskt. MAS och MAR har digitaliserat sitt introduktionsblock kring rollerna, avvikelshantering och det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Statsbidraget Äldreomsorgslyftet har under 2023 finansierat medarbetares vidareutbildning till undersköterska eller specialistundersköterska och under året har 13 medarbetare har fått titeln undersköterska. Det är nu i januari 2024 ytterligare sju medarbetare som läser till undersköterska och dessa är klara i mars 2024. Åtta personer blev färdig specialistundersköterska under våren 2023. Inom ramen för äldreomsorgslyftet har även ECer 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 våren 2023 genomförde fem ECer delkurs 3 och under hösten 2023 läste fyra ECer delkurs 4.

Under 2023 har fyra omsorgshandledare anställts inom område äldreboende i syfte att säkerställa och utveckla brukar- och patientsäkerhetsarbetet. Omsorgshandledarna ska leda verksamhetens arbete kring arbetsätt och metoder, bemötande, värdegrundsfrågor, dokumentation, och avvikelshantering. Redan nu är det tydligt att chefer fått en ökad medvetenhet kring kvalitetsarbetet samt att medarbetare utökat sin kunskap kring framför allt dokumentation och avvikelshantering sedan omsorgshandlarna tillträdde.

MAS och MAR har haft två fysiska introduktionstillfällen 2023 för nyanställd legitimerad personal kring rollerna MAS och MAR samt genomfört föreläsning och workshop för all legitimerad personal kring riskbedömningar för att förebygga vårdskador.

## **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 ssk/AT/FT. 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 ssk samt om möjligt även närstående.

Ett patientråd startades under våren 2023 av metodutvecklare HSL och verksamhetsutvecklare HSL. Anmälningsmöjlighet och information till invånarna gick ut på hemsidan och via förebyggande verksamheten. Patientrådet har haft två träffar under 2023. På första mötet deltog alla fyra som anmält sig men på möte nummer två kom tyvärr endast en person pga olika omständigheter. Metodutvecklare HSL har mellan avsatta möten haft kontakt med deltagarna för att insamla frågor och tankar efter och inför möten. Inför 2024 har metodutvecklare kontaktat deltagarna och alla är mycket positiva och vill gärna delta även detta år. Planen är därför att fortsätta med patientrådet under 2024.

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 haft en pågående nationell tillsyn av den kommunala primärvården för patienter på särskilt boende för äldre (SÄBO). Syftet med tillsynen var att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på SÄBO. Beslut om avslut av tillsynen för Mölndals stad inkom från IVO till förvaltningen i juli (VON 00285/2022).

## 2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### 2.1 Processer och arbetssätt 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 arbetssätten inom kommunal primärvård i förvaltningen.

#### 2.1.1 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. Ett mål är även att legitimerad personal ska genomföra de systematiska riskbedömningarna tillsammans med patienten (vid samtycke även gärna kontaktperson och närstående) som medskapare för bästa förståelse för adekvata åtgärder samt följsamhet till dessa. Arbetet med riskbedömningar följs regelbundet upp på övergripande nivå på hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

#### 2.1.2 Riskbedömning suicid

Suicid bedöms som en allvarlig vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat förhindra det genom adekvata åtgärder. Även suicidförsök kan vara en allvarlig vårdskada, av samma skäl.

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.

Ansvarig ssk genomför, enligt anvisning, förebyggande åtgärder strukturerade suicidriskbedömningar för patienter inskrivna i kommunal primärvård och dokumenterar dessa i patientjournal.

Riskbedömningarna fungerar som underlag till handlingsplan för att kunna sätta in adekvata åtgärder för att minska påvisad risk för suicid.

### **2.1.3 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 hygienkörkort minst en gång per år.

Som ett verktyg för EC att mäta personalens följsamhet till basala klädregler- och hygienrutiner genomförs självskattningar hygien fyra ggr per år. Självskattningarna har genomförts i digital enkätform under 2023. Vidare ska en hygienkartläggning göras av EC för respektive enhet och aktuella verksamheter. Denna har också genomförts i digital enkätform under 2023.

SKR genomförde även 2023 en nationell punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg.

### **2.1.4 Delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsinsats**

Legitimerad personal i Mölndals stad delegerar/ordinerar under året kontinuerligt hälso- och sjukvårdsinsatser till omsorgspersonal enligt anvisning för delegering/ordination. I anvisningen framgår vilka krav som ställs både på den som delegerar/ordinerar och den som tar emot delegering/ordination, vem som har vilket ansvar och hur uppföljning av delegerade/ordinerade insatser ska ske.

### **2.1.5 Digital signering**

Sedan hösten 2021 sker digital signering i MCSS, ett system där både legitimerad personal och ECer 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, såromläggning eller träning i tid och förhoppningen är att dessa larm ska minska risken att insatser uteblir.

### **2.1.6 Kvalitetsindikatorer för palliativ vård**

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med att mäta och registrera de kvalitetsindikatorer som finns med i registret är att förbättra vården i livets slut för patienten och närstående. I kvalitetsregistret inkluderas alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO), tillgodose fysiska, psykiska, sociala och

andliga eller existentiella behov. Ssk 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.

### 2.1.7 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 har beslutat om att implementera ett systematiskt arbete enligt BPSD inom alla särskilda boende för äldre samt inom alla hemvårdsenheter. För mer information se 2.3.6.

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.

## 2.2 Egenkontroller

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

Egenkontroll innebär att en verksamhet själv gör en kontroll för att säkerställa att aktuella lagar och regler efterlevs. Alla verksamheter som har någon påverkan på människors miljö eller hälsa omfattas av kravet på egenkontroll. Det kan till exempel handla om verksamheter inom miljö, livsmedel eller vård- och omsorg. Syftet med egenkontroll (förutom att säkerställa att lagar och regler efterlevs) är att ständigt förbättra och utveckla verksamheten.

### I tabellen visas de egenkontroller som genomförts inom förvaltningen 2023:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patienternas upplevelse av kommunal primärvård	2 ggr/år	Nationell brukarundersökning 1 gg/år Lokal patientenkät 1gg/år Patientenkät via Göteborgsregionen (GR) 1 gg/år
Patienternas upplevelse av delaktighet i vård och behandling	1 gg/år	Digital enkät med egenkontroll Lokal patientenkät 1gg/år Patientenkät via GR 1 gg/år
Direkt patienttid för leg. personal	1 gg/år	Resultat från digitala enkäter till all legitimerad personal under vecka 50.
Andel patienter inom kommunal primärvård som fått riskbedömning enligt Senior alert och Nicola	3 ggr/år LG HSL 1 gg/år av MAR och MAS	Kvalitetsregistren Senior alert och Nicola
Självskattning basala klädregler och hygienrutiner	4 ggr/år	Kontinuerliga självskattningar av hygien via digitala enkäter till alla medarbetare. EC ansvarar för att resultatet analyseras och adekvata åtgärder sätts in vid behov.
Hygienkartläggning	1 gg/år	EC ansvarar för genomförandet och eventuell handlingsplan när behov av detta visar sig.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Punktprevalensmätning basala klädregler- och hygienrutiner	1 gg/år	Hygienombud och ssk med hygienansvar genomför mätningen. MAS lägger in alla resultat i den nationella mätningen som genomförs med SKR.
Andel enheter inom SoL och LSS som har aktiva hygienombud	3 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC samt rapport från VC vid dialogmöten.
Antal aktiva sjuksköterskor med särskilt hygienansvar	3 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC samt rapport från VC vid dialogmöten.
Antal hygienutbildningar som erbjudits under året	3 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC HSL samt rapport från VC vid dialogmöten.
Vårdrelaterade infektioner	1 gg/år	Undersökning Svenska HALT via register i Senior alerts databas.
Följsamhet till delegerade och ordinerade HSL-insatser	1 gg/år	Statistik i MCSS
Läkemedelshantering	Enligt plan	Extern granskning (farmaceut från apotek) inom äldreboende och korttidsenhet under 2023.
Andel enheter inom SoL och LSS som har aktiva rehabombud (RO)	2 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC med egenkontrollsfrågor samt rapport från VC vid dialogmöten.
Följsamheten till beslutade arbetssätt med RO	2 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC med egenkontrollsfrågor samt rapport från VC vid dialogmöten.
Andel medarbetare inom VOF som gått förflyttningsutbildning	2 ggr/år	Resultat från digitala enkäter till EC med egenkontrollsfrågor samt rapport från VC vid dialogmöten
Kvalitetsindikatorer palliativ vård för patienter inom kommunal primärvård	2 ggr/år LG HSL 1 gg/år av MAR och MAS	Palliativregistret följs upp inom ledningsgrupp HSL utifrån årshjul
Andel patienter med demenssjukdom som fått BPSD-skattning	2 ggr/år på LG HSL 1 gg/år av MAR och MAS	BPSD-registret följs upp inom ledningsgrupp HSL utifrån årshjul
Följsamheten till beslutat arbetssätt med BPSD	1 gg/år	Resultat från digitala enkäter till berörda EC med egenkontrollsfrågor samt rapport från VC vid dialogmöten
Journalgranskning HSL	1 gg/år av MAS och MAR. 1 gg/år av dokumentationsombud (DO) HSL	Resultat från granskning av slumpvis utvalda journaler Resultat från granskning av DO samt rapport från VC vid dialogmöten om planerade åtgärder utifrån resultatet.
Loggning MCSS	1 gg/månad	I MCSS utförs av VOF IT loggkontroll varje månad. Det skapas en rapport automatiskt slumpat på 10% av samtliga händelser. Händelserna klassificeras utefter

Egenkontroll	Omfattning	Källa
		allvarlighetsgrad. VOF IT är den som kontrollerar rapporten månatligen och rapporterna finns registrerade så man kan gå bakåt i tiden
Avvikelser	Helårssammanställning görs av MAS och MAR. Redovisas i patientsäkerhetsberättelse.	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet. För mer info se 2.4
Allvarliga vårdskador och risk för allvarlig vårdskada	Helårssammanställning görs av MAS och MAR. Redovisas i patientsäkerhetsberättelse.	IVO, avvikelssystemet
Synpunkter & klagomål	Helårssammanställning i patientsäkerhetsberättelse av MAS och MAR.	Artwise, Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet. För mer info se 2.4.1

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

Utifrån dialoger med verksamheterna och inkomna avvikelser togs en patientsäkerhetsplan för 2023 fram med fokusområden för årets patientsäkerhetsarbete. Planen utgick från Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård” och beslutades av vård- och omsorgsnämnden (lägga till diarienummer för beslut).

Under 2023 har egenkontroller kring hur patientsäkerhetsarbetet fortskrider utifrån årets patientsäkerhetsplan genomförts på följande sätt:

- Självskattning av basala hygienrutiner via digitala enkäter
- Digitala enkäter med egenkontrollsfrågor till alla ECer vid tre tillfällen under året (april, september och november)
- Dialog med verksamhetschefer utifrån resultat på enkäter med egenkontrollsfrågor vid två tillfällen under året (maj och december)
- Journalgranskning av MAS och MAR
- Kollegial journalgranskning inom rehab
- Helårssammanställning av avvikelser, synpunkter och klagomål av MAS och MAR
- Helårssammanställning av resultat i kvalitetsregistren Senior Alert, Nicola och svenska palliativregistret av MAS och MAR

Aprilenkät med egenkontrollsfrågor innehöll följande fokusområden:

- Basala hygienrutiner
- Patientens delaktighet
- Riskbedömningar för att förebygga vårdskador
- Förflyttningsskap och rehabiliterande förhållningssätt
- God vård i livets slut
- HSL-dokumentation och vårdplaner



Septembereenkäten med egenkontrollfrågor innehöll följande fokusområden:

- Basala kläd- och hygienrutiner
- Avvikelser, vårdskador, synpunkter och klagomål
- Förebyggande arbete för att undvika vårdskador
- Palliativ vård
- Implementering av BPSD
- Implementering efter GR:s utbildning "Att leda det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet"

Novemberenkäten med egenkontrollfrågor innehöll följande fokusområden:

- Basala hygienrutiner
- Följsamhet till delegering/ordination
- God vård i livets slutskede
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation och vårdplaner
- Hantering av verksamhetsutrustning
- Teamarbete och samverkansforum

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
Patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling	Legitimerad personal ska alltid involvera patienterna i bedömning, mål och behandling.	<p>Frågor till ansvariga EC i digital enkät kring hur legitimerad personal arbetar med delaktighet</p> <p>Frågor kring delaktighet i lokal patientenkät och GR:s patientenkät.</p> <p>Lokal patientenkät skickad till 300 slumpvis utvalda patienter. Svarefrekvens 40 %.</p>	<p><u>Resultat från enkät till EC i april 2023:</u></p> <p>Fler patienter är delaktiga vid riskbedömningar</p> <p>EC beskriver att man arbetar med att utveckla och säkerställa patientens delaktighet genom dialog på verksamhetsmöten, vid medarbetarsamtal samt genom digital utbildning i patientsäkerhet.</p> <p><u>Resultat lokal patientenkät:</u></p> <p>Får du information och kan vara med och påverka din vård och behandling I den utsträckning du önskar?</p> <p>OBO: 2023 - 84% svarar alltid/oftast, 2022 - 80% svarade alltid/oftast</p> <p>ÄBO: 2023 - 64% svarar alltid/oftast, 2022 - 51% svarade alltid/oftast</p>	<p><i>Det arbete som ansvariga EC genomfört med sina medarbetare verkar ge god effekt</i></p> <p><i>Den lokala patientenkäten visar att de upplever en ökad delaktighet jfr med 2022.</i></p> <p><i>Det är viktigt att fortsätta följa patienternas upplevelse även framöver så vi säkerställer att vi gör rätt åtgärder för att nå ökad delaktighet.</i></p> <p><i>Vi saknar idag möjlighet att följa patienters delaktighet på aggregerad nivå, arbete med att utveckla användande av KVÅ-koder pågår.</i></p>
Patienterna ska uppleva god tillgänglighet till läkare och	Följa resultat i brukarundersökning och vid behov skapa handlingsplan för att förbättra tillgänglighet.	<p>Brukarundersökning genomförd.</p> <p>Lokal patientenkät utskickad till 300 slumpmässigt utvalda</p>	<p><u>Resultat brukarundersökning:</u></p> <p><i>Det är lätt att träffa en ssk vid behov:</i></p> <p>2023 - 63% svarar alltid/oftast 2022 - 50% svarade alltid/oftast</p>	<p><b>Avseende resultat brukarundersökning:</b></p> <p><i>Resultatet av 2023 års undersökning visar att de åtgärder som genomförts har haft god effekt. Tillgången till läkare påverkar ssk:s arbete vilket kan vara en bidragande</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
legitimerad personal	<p>Skicka ut lokal patientenkät inom kommunal primärvård med frågor kring bland annat tillgänglighet till legitimerad personal. Ta del av resultat och skapa handlingsplan vid behov.</p> <p>Skicka ut GR:s patientenkät inom kommunal primärvård med frågor kring bland annat tillgänglighet till legitimerad personal. Ta del av resultat och skapa handlingsplan vid behov.</p>	<p>patienter under våren/sommaren 2023. Svarsfrekvens 40%</p> <p>GR:s enkät utskickad till 302 patienter.</p> <p>Förvaltningen har under 2023 genomfört utbildning av specialist-ssk och fortsatt förbättringen av ssk-bemanningen på äldreboende.</p> <p>Förvaltningen har även arbetat för att stärka samverkan mellan olika arbetsgrupper samt förtydligat för brukare och anhöriga vilka åtaganden och arbetsuppgifter som ssk och annan legitimerad personal har.</p>	<p><i>Det är lätt att träffa en läkare vid behov:</i> 2023 - 47% svarar alltid/oftast 2022 - 28% svarade alltid/oftast</p> <p><u>Resultat från lokal patientenkät:</u> <i>Har du lätt att få kontakt med din ssk/AT/FT?</i> OBO: 2023 -88% svarar alltid/oftast 2022 - 95% svarade alltid/oftast ÄBO: 2023 -86% svarar alltid/oftast 2022 - 74% svarade alltid/oftast</p> <p><i>Kan du få ett akut besök av leg. personal om behov uppstår?</i> OBO: 2023 – 80 % svarar alltid/oftast 2022 - 65% svarade alltid/oftast ÄBO: 2023 – 86 % svarar alltid/oftast 2022 - 88% svarade alltid/oftast</p> <p><i>Överlag nöjd med insatserna från den kommunala HSV?</i> OBO: 2023 – 90% svarar alltid/oftast</p>	<p><i>orsak till resultatet. Förvaltningen har sedan förra undersökningen arbetat aktivt för att förstärka samverkan med den regionala primärvården.</i></p> <p><i>För att ytterligare förbättra patienternas upplevelse av tillgänglighet till ssk under 2024 planerar förvaltningen att:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Utöka återkoppling och kommunikation gentemot både patient och anhörig, till exempel förtydliga hur ssk kan nås via en gemensam telefon</i></li> <li>• <i>Utveckla samverkan mellan arbetsgrupper</i></li> <li>• <i>Fortsätta med deltagande av EC och ssk på Närståendeträffar</i></li> <li>• <i>Fortsätta med deltagande av ssk på välkomstsamtal</i></li> <li>• <i>Testa ett digitalt system där personer via en applikation i mobilen kan chatta med en ssk och ställa sina frågor utan att behöva sitta i telefonkö</i></li> <li>• <i>Utveckla arbetet med patientråd</i></li> </ul> <p><i>Sedan förra undersökningen har patienternas upplevelse av tillgänglighet</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
			<p>2022 – 95% svarade alltid/oftast            ÄBO:            2023 – 90% svarar alltid/oftast            2022 – 77% svarade alltid/oftast</p> <p><i>Upplever du kontinuitet i vård och behandling?</i></p> <p>OBO:            2023 – 66% svarar alltid/oftast            2022 – 65% svarade alltid/oftast            ÄBO:            2023 – 66% svarar alltid/oftast            2022 – 74% svarade alltid/oftast</p> <p>Resultat från GR:s patientenkät är inte klart ännu.</p>	<p><i>till läkare i Mölndal stad förbättrats. De åtgärder som genomförts har haft god effekt. Förvaltningen har bland annat förtydligat hur tillgängligheten till läkare ska öka i närområdesplanen med varje vårdcentral. Det har även genomförts gemensamma inskrivningssamtal.</i></p> <p><i>För att ytterligare förbättra brukarnas upplevelse av tillgänglighet till läkare planerar förvaltningen att:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fortsätta med utvecklingsarbetet inom NOSAM (Närområdessamverkan)</i></li> <li>• <i>Följa upp och utvärdera de möten som har genomförts med vårdcentralerna i Mölndal</i></li> </ul> <p><b><i>Avseende resultat lokal patientenkät:</i></b>  <i>Överlag positiva svar avseende tillgänglighet och insatsernas utförande. Fortsatt utvecklingsbehov avseende kontinuitet.</i></p>
Få ett tydligt underlag kring direkt patienttid för leg. personal	Mätning för att få en tydlig bild av hur mycket tid som leg. personal i dagsläget lägger på direkta patientmöten. Resultatet blir underlag	En digital enkät per dag till legitimerad personal under vecka 50 2023.	<p><b>Resultat (2022) / 2023:</b>  <i>Andel av arbetsdagen som utgör direkt patienttid:</i>            Trygg hemgång:            (35%) / 39%</p>	<p><i>Patienttiden har ökat något för trygg hemgång samt ssk medan den minskat ngt för rehab.</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
	för fortsatt utvecklingsarbete med att öka direkt patienttid.		Ssk OBO: (33%) / 39% Ssk ÄBO: (33%) / 34% Rehab: (24%) / 21%	<p><i>Det är viktigt att ha med sig att mätningen är en ögonblicksbild och ingen absolut sanning. Det är också varierande antal medarbetare som svarat varje dag, bäst svarsfrekvens har rehabenheten.</i></p> <p><i>Under 2024 ska samma enkät utföras i mars och oktober och EC behöver i samband med utskick uppmuntra medarbetarna att svara så statistiken blir mer tillförlitlig.</i></p> <p><i>Målet för 2024 är att öka den tid leg. personal använder för direkta patientmöten samt att variationen i direkt patienttid mellan medarbetare ska minska.</i></p> <p><i>Rehabenheten har påbörjat arbete med att kartlägga sina HSL-processer vilket kommer vara en hjälp i att medarbetarna ska arbeta mer lika för en jämlik vård.</i></p>
Förebygga vårdskador hos alla patienter i kommunal primärvård	Skapa struktur i det systematiska arbetet med riskbedömningar där legitimerad personal tillsammans med patient, omsorgspersonal och närstående identifierar risker, tar fram åtgärder och följer upp dessa.	Uppföljning av andel patienter som fått riskbedömningar 3ggr/år inom ledningsgrupp HSL  En arbetsgrupp med representanter från SSK, AT	Under 2023 har 32 % av inskrivna patienter fått riskbedömning genomförd och dokumenterad i kvalitetsregistret Senior Alert. Detta är en liten ökning jfr med 2022 (25%).	<p><i>Det syns en utveckling i arbetet med riskbedömningar enligt Senior Alert och Nicola, framför allt inom ÄBO och FS. Framtagen struktur för teamwork kring trycksår skapar tydlighet och bättre samarbete.</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
		<p>och FT har träffats under ett par tillfällen 2023 och tagit fram ett utbildningsmaterial som både handlar om hur trycksår kan förebyggas men också vad varje profession kan utföra i sin roll samt vinsten i att arbeta i team för att förebygga trycksår.</p> <p>EC ssk ÄBO och korttid har följt varje medarbetares arbete med riskbedömningar på medarbetarsamtal.</p>	<p>Under 2023 har 23 % fått riskbedömning genomförd och dokumenterad i kvalitetsregistret Nicola. Detta är en stor ökning jfr med 2022 (16%).</p> <p>Journalgranskning visar att ssk/AT/FT inte alltid har samma åtgärder för att förebygga en risk vilket kan skapa förvirring hos omsorgspersonalen.</p> <p>Arbetsgruppen kring trycksår har presenterat detta på varje HSL-enhets APT.</p> <p>Mer utförlig information under 2.3.2 samt bilaga 1 och bilaga 2.</p>	<p><i>Fortsatt arbete behövs med att implementera riskbedömningar och teamarbete kring trycksår fullt ut.</i></p> <p><i>Legitimerad personal behöver hitta nya arbetsätt så att de skapar gemensamma vårdplaner för omsorgspersonalen med de olika åtgärder som behövs för att förebygga risker.</i></p>
God munhälsa hos alla patienter i kommunal primärvård	<p>Utbildning till omsorgspersonal från tandvården.</p> <p>Alla patienter med intyg om nödvändig tandvård (N-intyg) erbjuds munhälsobedömning årligen.</p> <p>Alla ssk har inlogg till tandvårdsenheten och förskriver N-</p>	<p>EC ska ta kontakt med tandvården för att boka in utbildningstillfällen för personal i grundläggande munhälsa.</p> <p>Nyanställda ssk läggs till VG-regionens intygsbeställningsportal för tandvårdsintyg. De</p>	<p>Från ÄBO har 102 personal deltagit i utbildning allmän munhälsovård under 2023.</p> <p>Från LSS har 37 personal genomgått utbildningen och 116 personal från ordinärt boende.</p>	<p><i>Antal personal som under 2023 erhållit utbildning i allmän munhälsa är fortsatt förhållandevis låg. Antalet har dock ökat markant sedan 2022. Fortsatt arbete för ökad kunskap behövs.</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
	intyg till inskrivna patienter enligt avtalet i regionen.  Ssk ansvarar för att inhämta svar från patienten om önskar tacka ja till erbjudande om årlig munhälsobedömning från tandvården.	genomför där webb-utbildning för att erhålla rätt kompetens för att förskriva tandvårdsintyg	Sammanlagt har 165 personal fått möjlighet till denna kompetenshöjning. Att jämföra med endast 12 personal under 2022.  För mer information se bilaga 3.	
Alla patienter där det finns misstanke om depression ska få screening för depression och vid påvisad risk även riskbedömning suicid	God kunskap hos all personal samt systematiska arbetssätt för riskbedömning suicid	Screeningsdokument samt folder med egenvårdstips har tagits fram.	Under 2023 har ett flertal avvikelser suicid utretts som risk för allvarlig vårdskada/ allvarlig vårdskada.	<i>Psykiatri-ssk fyller en viktig funktion i förvaltningen genom att öka kunskap både hos leg. personal och omsorgspersonal</i>  <i>Det går inte att få fram statistik på antal genomförda riskbedömningar suicid.</i>  <i>Den tydliga ökningen utredningar suicid, jfr tidigare år, visar på behovet av systematiska riskbedömningar.</i>
Öka kunskapen hos legitimerad personal om det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.	All legitimerad personal ska utbildas i patientsäkerhet.	Digital utbildning från socialstyrelsen ingår i introduktionen.  En AT och två SSK genomför utbildning GU: Internationell personcentrerad teamsamverkan I Nära vård	Vid dialog med EC framkommer att strukturen att genomföra digital utbildning som en del i introduktionen fungerar väl.  EC säger själva att de behöver arbeta vidare med att följa upp arbetet efter att medarbetare gått utbildning.	<i>Verksamheten behöver utveckla arbetet med att hålla frågorna kring patientsäkerhet kontinuerligt aktuella.</i>  <i>Behov av att ta fram årshjul för regelbundna dialoger kring frågorna.</i>

<b>2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR</b>				
<b>MÅL</b>	<b>STRATEGIER</b>	<b>ÅTGÄRDER</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>ANALYS AV MAS och MAR</b>
God följsamhet till basala klädregler - och hygienrutiner	<p>1) God introduktion för nyanställd personal samt regelbunden repetition för alla medarbetare.</p> <p>2) Särskilt utsedda sjuksköterskor med hygienansvar som ska samverka med hygienombud (som ska finnas i alla verksamheter).</p> <p>3) Självskattning fyra gånger per år för att mäta följsamhet till Basala klädregler- och hygienrutiner.</p> <p>4) Hygienkartläggning för varje verksamhet ska genomföras av EC 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 hygienkörkort minst en gång per år.</p> <p>2) Mailgrupper i Treserva där alla hygienombud, ECer och ssk med hygienansvar ingår i syfte att underlätta samverkan.</p> <p>3) Självskattningar genomförda i ett flertal verksamheter.</p> <p>5) Punktprevalensmätningar genomförda i ett flertal verksamheter.</p>	<p>1) Hygienkörkort genomförda i de flesta verksamheter.</p> <p>2) Utbildningar för nya hygienombud har genomförts.</p> <p>3) Vissa verksamheter meddelar att de genomfört hygienkartläggning under 2023.</p> <p>4) Resultat från PPM mätning finns i bilaga 4.</p> <p>För mer detaljerad information se 2.3.3.</p>	<p>2) Ssk har genomfört flera utbildningar för nya hygienombud eller påbyggnadsutbildning för redan utbildade hygienombud.</p> <p>3) 2023 har självskattningar genomförts via digital enkät vilket skapat möjlighet för ECer att systematiskt utvärdera och verksamhetsförbättra</p> <p>4) 2023 har hygienkartläggningarna genomförts digitalt via enkätverktyg för större möjlighet för EC att systematiskt utvärdera</p>
Skapa överblick över vårdrelaterade infektioner, antibiotika användning samt förekomst av riskfaktorer hos patienter.	Deltagande i svenska HALT. Svenska HALT är mätning som visar på antal vårdrelaterade infektioner och pågående antibiotika-behandlingar.	Uppdrag till ansvariga sjuksköterskor att delta vid årets svenska HALT mätning.	Vård- och omsorgsförvaltningen deltog endast med få mätningar i den nationella mätningen HALT 2023. Se bilaga 5.	<i>Tre pågående infektioner är dokumenterade som förvärvade på äldreboendet. Dessa tre borde även finnas dokumenterade som avvikelser med vårdskadeutredning.</i>
Minimera smittspridning av	God samverkan med regionens enhet för Vårdhygien.	Extra avstämningar med berörda verksamheter vid utbrott.	Avstämningar med vårdhygien har under året gett god	<i>Samverkan med vårdhygien ökade markant under pandemin Covid-19 och att</i>



2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
Covid -19 och säsongsinfluensa.	Antiviral behandling för patienter och ev. medboende sköra patienter vid insjuknande.	MAS har haft regelbundna avstämningar med vårdhygien under 2023.  Betällning av och information om antivirala till sjuksköterskor läkemedel i KAF .  Påminnelse i NOSAM till ansvariga läkare att ordinera antiviral behandling vid behov.	information och ett bra stöd för patientsäkerheten i förvaltningen.  Antal patienter som insjuknat i Covid-19 och/eller säsongsinfluensan har kunnat hållas på en låg nivå.  Trots information och tillgång till antivirala läkemedel i KAF har ingen inskriven patient ordinerats antiviral behandling 2023.	<i>samverkan har fortsatt genom återkommande avstämningar har varit väldigt positivt.</i>  <i>Att inga patienter ordinerats antiviral behandling under 2023 får ses som ett misslyckande i arbetet att minimera smittspridning och svår sjukdom relaterat till covid-19 och säsongsinfluensa. Ökad medvetenhet om antiviral behandling behövs 2024.</i>
God vaccinations-täckning	Samtliga patienter och personal inom vård och omsorgsförvaltningen erbjuds gratis vaccination mot säsongsinfluensa och Covid-19.	Sjuksköterskeorganisationen har genomfört alla vaccinationer till patienter inskrivna i kommunal primärvård.	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. Sjuksköterskeorganisationen sköter aktuella vaccinationer med god effektivitet.</i>
Säker delegering	Anvisning för delegering finns i ledningssystemet.  Utbildningsmaterial för delegering finns digitalt i VOF-akademien.	Efter digital utbildning sker en fysisk träff med delegerande ssk där delegaten ska svara på ett antal uppföljande frågor samt genomföra skriftligt test.  En PP är framtagen för att kunna användas vid utbildningstillfällena.	Delegeringstillfällena har erbjudits varje vecka under 2023.  Anmälan till delegering har skett via digital portal under året.	<i>Delegerande sjuksköterskor upplever ökad trygghet vid delegeringstillfällena då de haft framtagen PP att använda vid varje delegering. Det skriftliga kunskapstestet medför också en ökad trygghet då kunskapsnivån testas ytterligare en gång, utöver digitalt kunskapstest, hos personen som skall ta emot delegeringen.</i>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
		Verksamheten har ssk med särskilt uppdrag att utbilda i särskilda moment exempelvis lindning av ben, såromläggning, syrgasbehandling, skötsel av peg, stomi.	Delegerande ssk har under 2023 varit mer restriktiv och avvisat medarbetare när alla kriterier inför delegering inte varit uppfyllda för att genomföra delegeringsutbildningen.  Under 2023 har ca 1502 personer erhållit läkemedelsdelegering och 574 personer Insulindelegering.	
Ökad följsamhet till delegerade/ ordinerade HSL-insatser	Systemet MCSS skapar bättre och mer direkt överblick över icke signerade insatser.  Leg personal och omsorgspersonal arbetar med digitala vårdplaner i Treserva.	SSK med särskilt uppdrag digitalisering ansvarar för utbildning i MCSS och även för uppföljning av systemet.	Ökad kontroll på av följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser.  Fler läkemedelsavvikelser dokumenterade 2023 än 2022.  Statistik från MCSS visar viss förbättring avseende följsamhet till delegerade läkemedelsinsatser men det finns fortsatt stora brister.  Statistik från MCSS visar förbättring avseende följsamhet till delegerade/ordinerade rehabinsatser, men följsamheten	<i>Systemet MCSS visar att det finns ett mycket stort mörkertal gällande dokumenterade avvikelser för uteblivna HSL-insatser samt HSL-insatser som utförs för sent.  Den oerhörda mängden "larm" för försenade HSL-insatser är i sig en allvarlig avvikelse och kräver en handlingsplan med åtgärder under 2024.</i>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
			<p>är fortfarande lägre än följsamhet till ordinerade/delegerade ssk-insatser.</p> <p>För med detaljer se 2.3.4 samt bilaga 6.</p>	
Ökad följsamhet till läkemedels- hantering	Säkerställa följsamhet genom egenkontroll och stickprovskontroller samt extern granskning årligen av läkemedelshantering.	<p>Extern farmaceut har granskat äldreboenden samt korttidsenhet. Fokus har varit leverans ut till patient, hantering av narkotiska preparat, säkerställande av kassering av läkemedel.</p> <p>Kvalitetsgranskningen genomfördes som ett samtal där apotekare och ssk diskuterade läkemedelshantering och rutiner. Föregående granskning följdes upp. Granskning genomfördes på plats av förvaringen av läkemedel i flera patientskåp.</p> <p>Upphandlingsarbete för läkemedelsskåp pågår.</p>	Farmaceut har kommit med förbättringsförslag som verksamheten har arbetat med under året. Finns fortfarande en del arbete kvar att göra för att säkerställa en god och säker läkemedelshantering	<p><i>Granskningen som genomförs av utomstående farmaceut ger en sann bild av eventuella brister och en tydlig handlingsplan i förbättringsarbete. Granskningen ger ett gott stöd för verksamheten.</i></p> <p><i>Sjuksköterskorna ser fram emot 2024 då det förhoppningsvis kommer digitala och loggningsbara läkemedelsskåp.</i></p>

<b>2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR</b>				
<b>MÅL</b>	<b>STRATEGIER</b>	<b>ÅTGÄRDER</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>ANALYS AV MAS och MAR</b>
Alla enheter inom SoL och LSS har utsedda RO med utökad kunskap kring vardagsrehabilitering och förflyttningsteknik	Utbilda minst ett RO per enhet.  Nätverk för RO som samordnas av MAR samt leg. AT/ FT.	Under 2023 har två utbildningar för RO erbjudits med sammanlagt 24 platser.  Två nätverksträffar har anordnats för RO under 2023.	Totalt anmäldes 17 personer till utbildningarna för RO och 16 personer deltog.  På nätverksträffarna framkommer att flertalet RO upplever att de inte får tid för att hinna utföra sina uppdrag. RO inom FS upplever generellt att de har bättre förutsättningar än RO inom äldreomsorgen.	<i>De första RO utbildades hösten 2021. Under 2023 tog förvaltningsledningen även beslut att RO ska vara ett obligatoriskt uppdrag i alla verksamheter. Det är tydligt att implementeringen av RO:s uppdrag inte har fungerat i praktiken i alla verksamheter (ffa äldreomsorgen) då flertalet framför att de inte har tid att utföra sina uppdrag.</i>  <i>Under 2024 behövs ett omtag avseende implementering av uppdraget som RO.</i>
All omsorgspersonal ska ha god kunskap i förflyttningsteknik och i vardagsrehabilitering	Nytt upplägg med digital teoridel i förflyttning utbildning har frigjort mer tid för praktiska utbildningar så att fler medarbetare kan genomföra komplett förflyttning utbildning under 2023.	Under 2023 har 10 förflyttning utbildningar erbjudits med sammanlagt 135 platser	Under våren anmäldes 64 deltagare till 65 platser, 52 av dess deltog på utbildningen.  Under hösten anmäldes 46 deltagare till 70 platser, särskilt lågt intresse för utbildningarna i oktober månad. Ett tillfälle fick ställas in. Av de 46 anmälda deltog 35 personer.  Vid dialogmöte med VC ÄBO framkommer att EC inte har någon struktur för att kunna följa hur stor andel av medarbetarna som har utbildning.	<i>Vid dialog med EC framkommer att arbetet med schemaläggning utifrån nya lagkrav på dygnsvila innebar svårigheter att frigöra personal under hösten. Detta var troligen största anledningen till få anmälningar till FF-utbildningen.</i>  <i>Rehabenheten har under 2023 erbjudit 135 utbildningsplatser. Detta är långt ifrån tillräckligt för att säkerställa att all omsorgspersonal har tillräcklig kunskap kring förflyttningsteknik och rehabiliterande förhållningssätt. Förvaltningen behöver under 2024 ta beslut kring om enheterna ska köpa in</i>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
				<p><i>förflyttningsutbildningar i större utsträckning.</i></p> <p><i>EC inom ÄBO behöver arbeta fram en struktur så att de enkelt kan följa hur stor andel av medarbetarna som gått förflyttningsutbildning.</i></p>
<p>Korrekt hantering av grundutrustning och verksamhetsutrustning sker enligt anvisningar ”Medicintekniska produkter” samt ”Ansvar och hantering av grundutrustning och verksamhetsutrustning”</p>	<p>Implementera struktur enligt anvisning med tydlig ansvarsfördelning kring uppmärkning, besiktning och underhåll av olika hjälpmedel i verksamheten.</p>	<p>Alla RO har under våren 2023 haft möjlighet att få stöd av MAR för uppmärkning av de enklare hjälpmedel som inte hanteras av servicetekniker.</p> <p>Ny servicetekniker på plats i augusti 2023.</p>	<p>Vid nätverksträffar för RO framkommer att flertalet RO ser behov av ett omtag kring uppmärkning av grundutrustning efter all omflyttning inom ÄBO.</p> <p>Flera RO bedömer också att de inte hinner med detta uppdrag på ett bra sätt på grund av tidsbrist.</p> <p>Vid egenkontroll i digital enkät till EC i november framkommer att flertalet enheter inte har korrekt uppmärkt grundutrustning.</p>	<p><i>Uppmärkning av enhetens enklare hjälpmedel är inte klar i flera verksamheter då RO upplever att inte hinner med.</i></p> <p><i>Fortsatt arbete behövs under 2024 med att implementera arbetssätt där det är tydligt vad servicetekniker ansvarar för, samt vad EC/RO ska säkerställa avseende uppmärkning av grundutrustning.</i></p> <p><i>Det är tydligt att förvaltningen har ett stort behov av en egen servicetekniker som kan vara stöd för RO i detta arbete.</i></p>
<p>Ökad teamsamverkan</p>	<p>Öka teamsamverkan mellan legitimerad personal samt mellan legitimerad personal och omsorgspersonal</p>	<p>Lokala rutiner för teamarbete och samverkan klara för alla områden.</p>	<p>Vid dialogmöten med VC lyfter flertalet att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal förbättrats</p>	<p><i>Lokala rutiner för teamarbete och samverkan tydliggör roller och ansvar, men arbetssätten är inte fullt ut</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
			<p>men det finns fortsatt utvecklingspotential.</p> <p>Vid utredningar av vårdskador och lex Sarah noterar SAS, MAR och MAS ofta att bristen på samverkan/informationsöverföring är en av orsakerna till inträffade händelsen.</p>	<p><i>implementerade. Arbetet behöver fortsätta under 2024.</i></p>
<p>God vård i livets slutskede</p>	<p>Utveckla teamarbete mellan leg personal och omsorgspersonal för att förbättra kvalitetsindikatorer.</p> <p>Utveckla samarbete med regionens palliativa resursteam.</p>	<p>Förvaltningen hade två palliativa platser på Fallströmmens korttidsenhet fram till sista augusti. Den 1 september öppnade Bifrost korttidsboende med sju platser eller fler vid behov.</p> <p>All omsorgspersonal på Bifrost har fått utbildning palliativ vård under hösten 2023.</p> <p>Gemensam rutin med palliativa resursteamet har reviderats under året.</p> <p>AT och ssk har tagit fram utbildningsmaterial samt utbildat</p>	<p>Palliativa resursteamet bidrar till ökad möjlighet för patienter att vårdas hemma.</p> <p>Resultat från Svenska Palliativregistret visar 2023 på en förbättringskurva från tidigare års ganska statiska resultat.</p> <p>För mer information se 2.3.5</p>	<p><i>Kvalitetsindikatorer för smärtskattning och munhälsobedömning har förbättrats sedan föregående år.</i></p> <p><i>Med ökat antal palliativa platser ökar behovet av regelbunden utbildning för omsorgspersonal så att alla patienter erbjuds god vård i livets slut.</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
		personalen på Bifrost korttidsenhet i palliativ vård.		
God vård och omsorg för personer med demenssjukdom	<p>Öka kunskap om demens hos alla yrkesgrupper.</p> <p>Skapa ett strukturerat arbetssätt med tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten beteendemässiga och psykiska symtom därigenom ge ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.</p>	<p>Demenssteam finns på plats sedan 2022 bestående av demenssk samt specialistundersköterska.</p> <p>Teamet har under året fokuserat på utbildning/handledning för omsorgspersonal samt varit stöd för EC för att få till implementering av BPSD. En AT har påbörjat en Silviautbildning under hösten.</p>	Se 2.3.6 för mer information	<p><i>Trots beslut om att implementera BPSD i förvaltningen 2018 finns det fortfarande stora brister. Ett fåtal enheter har fått till en fungerande struktur, men merparten av enheterna visar på låg följsamhet till anvisning och rutin kring BPSD.</i></p> <p><i>Det behövs fortsatt arbete med implementering 2024 och regelbunden uppföljning av de styrgrupper som ska leda arbetet.</i></p>
Ökad digitalisering i verksamheter	<p>1. Implementera fler digitala verktyg för legitimerad personal som ett stöd samt avlastning i det dagliga arbetet.</p> <p>2. Planering för implementering av läkemedelsautomater.</p>	<p>1. Fortsatt arbete i verksamheterna under 2023 att introducera digitalt system med träningsprogram (Exor live) samt digitala system för dialog med patienterna (Visiba Care samt Hälsportalen).</p> <p>2. Lokalt projekt med läkemedelsautomater avslutat i april 2023. Deltagande i regionalt pilotprojekt inom samarbetsavtal för digitala</p>	Se 2.3.7 för mer utförlig information	<p>1. <i>Nya digitala system innebär nya arbetssätt för legitimerad personal och det behov av att se över arbetssätten för ssk/AT/FT under 2024 så att de digitala hjälpmedlen kan implementeras på ett bra sätt.</i></p> <p>2. <i>Förskrivning av läkemedelsautomater inom samarbetsavtalet för digitala hjälpmedel kommer igång 2024 och i samband med detta krävs dialog på NOSAM så att vårdcentraler och kommunal</i></p>

<b>2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR</b>				
<b>MÅL</b>	<b>STRATEGIER</b>	<b>ÅTGÄRDER</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>ANALYS AV MAS och MAR</b>
		hjälpmedel påbörjat hösten 2024.		<i>primärvård hittar gemensamma arbetssätt.</i>
En sömlös vård vid utskrivning från slutenvården	<p>Få ett snabbare och sammanhållet patientflöde från slutenvård till hemmet.</p> <p>Öka kunskap i SAMSA som överrapporteringssystem samt tydliggöra olika roller.</p> <p>Lyfta de avvikelser i samverkan som inkommer och arbeta med förbättringsförslag.</p>	Under 2023 har förvaltningen samlat alla professioner som hanterar utskrivning från slutenvård i ett team, ”Team SAMSA”. Teamet arbetar nära team trygg hemgång med fokus på att få ett snabbare och sammanhållet patientflöde från slutenvård till hemmet.	<p>Team SAMSA startade sitt arbete 231001. Effekterna av förändrade arbetssätt och ett samalt team kommer att utvärderas under 2024.</p> <p>Fler avvikelser i samverkan registreras, vilket skapar möjlighet att förbättra samarbete med slutenvården.</p> <p>Se 2.4.6</p>	<i>Utvärdering av arbetssättet får göras under 2024</i>
God introduktion av ny legitimerad personal	Förnyat introduktionsmaterial samt nytt arbetssätt för introduktion	<p>Introduktionsmaterial för introduktion är framtaget men inte helt implementerat i alla verksamheter ännu.</p> <p>Introduktion genomförs enligt checklista ihop med en speciellt avsatt ssk som sköter detta för alla nya sjuksköterskor inom organisationen.</p> <p>Uppföljning av nyanställd personal sker ytterligare en gång efter 3 månader då</p>	Vid dialoger med EC samt vid uppföljning ar med nyanställda efter tre månader visar att en god introduktion ger bra förutsättningar att utföra sitt uppdrag med gott resultat.	<i>God introduktion av ny personal leder till god arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.</i>



2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
		metodutvecklare HSL följer upp.		
Fullgod dokumentation i patientjournal	<p>Kvalitetssäkra att legitimerad personal följer patientdatalagen.</p> <p>Öka kunskap i dokumentation i Treserva.</p> <p>Öka kunskapen kring användande av KVÅ-koder för att säkerställa korrekt statistik.</p> <p>Öka kunskap kring vårdplaner hos både leg. personal och omsorgspersonal</p>	<p>Nätverk för DO HSL har återkommande möten ca 2-3 ggr/termin.</p> <p>DO HSL har haft gemensamma möten med DO SoL samt DO LSS kring vårdplaner och delegerade/ordinerade insatser.</p> <p>Två metodstöd kring vårdplaner har tagits fram, ett för legitimerad personal och ett för omsorgspersonal.</p> <p>Leg ATer och leg. FTer har genomfört kollegial journalgranskning i mindre grupper.</p> <p>MAS och MAR har genomfört journalgranskning av slumpvisa utvalda journaler i alla HSL-verksamheter.</p>	<p>Gemensamma DO-nätverk mellan SoL och HSL har varit mycket uppskattade och har lett till att flera utvecklingsområden har uppmärksammats.</p> <p>Journalgranskning visar att legitimerad personal dokumenterar på olika sätt och att det även finns individuella skillnader i hur man arbetar i journalsystemet.</p> <p>Journalgranskningen visar också att en del vårdplaner är ofullständiga och svåra att förstå.</p> <p>Vid workshops kring KVÅ-koder framkom att en del legitimerad personal använder KVÅ-koder som inte följs av Socialstyrelsen och att det är stor individuella skillnader i vilka KVÅ-koder man använder.</p>	<p><i>Att låta DO HSL och SoL/LSS ha gemensamma möten och arbeta fram gemensamma metodstöd har skapat bättre förutsättningar för tydligare vårdplaner och förhoppningsvis bättre följsamhet till dessa.</i></p> <p><i>Leg. personal behöver fortsätta utveckla pedagogiska arbetssätt så att instruktioner i vårdplaner till omsorgspersonal är fullständiga och lättförståeliga.</i></p> <p><i>Leg. personal behöver öka kunskapen kring dokumentation i patientjournal och EC HSL behöver säkerställa följsamhet till anvisning HSL-dokumentation.</i></p> <p><i>Det behövs fortsatt arbete under 2024 med att säkerställa korrekt användning av KVÅ-koder i patientjournalen som i sin tur säkerställer korrekt statistik till Socialstyrelsen och skapar underlag för verksamhetens förbättringsarbete.</i></p>

2.3.1 Årets mål, strategier, åtgärder och resultat samt analys av MAS och MAR				
MÅL	STRATEGIER	ÅTGÄRDER	RESULTAT	ANALYS AV MAS och MAR
		<p>DO HSL har uppdaterat manualer och utbildat sina kollegor vid nyheter/ny version.</p> <p>MAR och metodutvecklare HSL har genomfört flera workshops kring KVÅ-koder och DO HSL har arbetet vidare med att skapa samsyn kring användande av KVÅ i respektive yrkesgrupp.</p>		
Patient-säkerhetsarbetet sker systematiskt enligt PDSA i alla verksamheter	Utbildningssatsning 2022 där alla förvaltningens EC och VC gick en tre dagars utbildning i det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet.	Fortsatt erbjudande till ny personal EC och legitimerad personal att genomföra utbildning.	Utbildningen har troligtvis bidragit till ökad kunskap i viss utsträckning men effekterna är oklara då det varit brister i implementering och uppföljning. Flera chefer har i sina reflektioner beskrivit oklarheter kring utbildning, mål och uppföljning av dessa.	<i>Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde, även efter förvaltningens stora utbildningssatsning. Chefer i alla led behöver reflektera över hur implementeringsprocesser kring beslut ska genomföras för att ge tydlighet till chefer, personal samt ge effekt för patienter. Det är av stor vikt att nya chefer erbjuds och går utbildningen, enligt förvaltningsledningens beslut. Uppföljning och utvärdering efter utbildning behöver göras av närmsta chef.</i>



### 2.3.2 Kvalitetsregistren Senior alert och Nikola – mer detaljerad information

Statistiken visar att några verksamheter (ÄBO och FS) 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 531 patienter (32 %) riskbedömning registrerad i Senior Alert och 384 (23 %) patienter i Nikola, vilket är en svag ökning från 2022. Störst förbättring av resultat 2023 jämfört med 2022 visar Brogårdens, Eklandas och Berzelius äldreboenden. Även LSS enheten har ett förbättrat resultat.

Enheter	Antal patienter registrerade i Senior Alert		Antal patienter registrerade i Nicola	
	2022	2023	2022	2023
Berzelius	43	83	43	83
Brogården	12	67	12	67
Brattås	15	4	15	4
Bifrost	38	27	12	12
Eklanda	2	26	2	26
Sörgården	32	38	32	38
Fässberg	10	12	10	12
Fallströmmen	12	6	12	6
Lackarebäck	83	63	83	63
LSS	41	69	41	69
Ordinärt boende	14	4	14	4
Trygg hemgång	1	7	1	7

### Reflektioner från MAR och MAS

Jämfört med 2022 syns en viss ökning av antal registreringar i kvalitetsregistren år 2023.

Verksamheten inom HSL har arbetat vidare under 2023 med att tydliggöra ansvar för EC och legitimerad personal samt regelbundet följa upp statistik både på APT och ledningsgrupp och dessa förändringar har givit visst genomslag i kvalitetsregistren. EC för ssk ÄBO och korttid har även regelbundet tagit upp det riskförebyggande arbetet vid medarbetarsamtal. Det är viktigt att arbetet fortsätter under 2024 så att fler patienter får den riskbedömning de har rätt till för att undvika vårdskador.

Resultatet visar att på de flesta enheter har riskbedömning blåsdysfunktion gjorts i samma antal som riskbedömningar i Senior alert registret vilket är ett förbättrat resultat.

Ett bekymmer med ett svagt resultat (få antal patienter som lagts in i kvalitetsregistret Senior Alert) är att den nationella mätningen Svenska HALT utgår från aktuella patienter i registret. De patienter som inte finns med blir alltså uteslutna från mätning.

I många fall saknas fortfarande dokumentation av aktuella vårdprocesser/vårdplaner i patientens journal för de åtgärder som planerats utifrån de riskbedömningar som genomförts. Många gånger finns också olika åtgärder från ssk och rehab för samma risk vilket skapar förvirring för omsorgspersonalen.

Under 2023 har två metodstöd kring vårdplaner tagits fram, ett för legitimerad personal och ett för omsorgspersonal. Förhoppningen är att dessa ska göra det lätt att göra rätt. Arbetet med att implementera metodstöden fortsätter 2024. All legitimerad personal behöver även arbeta fram arbetssätt så att de kan skapa gemensamma vårdplaner till omsorgspersonal för samma risk.

### **2.3.3 Hygien – mer detaljerad information**

Flera verksamheter deltog i SKR:s punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala klädregler- och hygienrutiner. Se bilaga 4. Punktprevalensmätningen är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner.

I bifogad länk syns kommunernas resultat från de två senast genomförda mätningarna, våren 2023. [PUNKTPREVALENSMÄTNING AV FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER OCH KLÄDREGLER 2018 \(skr.se\)](#). Resultatet i mätningen visar att den sammanslagna följsamheten till alla 4 stegen ligger på ett förbättrat värde från 2022.

#### **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 ssk med särskilt hygienansvar och enheternas hygienombud, även om samverkan ökat något under 2023 på en del enheter. Det finns en stor vilja och intention i alla verksamheter att göra rätt. Verksamheterna skickat nya hygienombud till de utbildningstillfällen som erbjudits under 2023. Inom några verksamheter LSS rapporteras om bekymmer med följsamhet till användning av arbetskläder trots att dessa nu finns på plats sedan pandemin.

#### **Reflektion MAS:**

Under 2023 har självskattningarna hygien och även den årliga hygienkartläggningen kunnat genomföras digitalt via enkätverktyg som skickats ut via mail till varje EC. Resultat från alla medarbetares genomförda självskattningar samt den årliga hygienkartläggningen, ska fungera som verktyg för ansvarig EC att kunna säkerställa personals kunskap om god hygien för att förebygga smittspridning och vårdskador. Det är dock oklart i vilken grad som resultaten används som verktyg i det systematiska förbättringsarbetet. Här behöver ökad reflektion göras av ECer om syftet med självskattningar och hygienkartläggning.

### **2.3.4 Delegering/ordination av hälso- och sjukvårdsinsats – mer detaljerad information**

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

Under 2023 har totalt 1 925 904 HSL-insatser delegerats/ordinerats från legitimerad personal till omsorgspersonal. Av dessa insatser har 94 % signerats (1 810 349 st) och av de signerade insatserna

har 80 % signerats i tid (1 448 279 st). Ssk står för merparten av de delegerade/ordinerade insatserna, 1 858 985 st. FTerna har delegerat/ordinerat 55 481 insatser där 71 % har signerats och 61 % har signerats i tid. ATerna har delegerat/ordinerat 11 438 insatser där 67 % har signerats och 55% har signerats i tid.

### **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 avgörande för att alla patienter inom kommunal primärvård ska få den vård och rehabilitering de har rätt till och det är viktigt att den fungerar optimalt.

Vid dialogmöten framkommer att EC sällan följer signeringarna i MCSS. De upplever okunskap i hur man tittar på resultat och statistik i MCSS.

Statistiken från MCSS visar på ett stort antal delegerade/ordinerade HSL-insatser som inte signerats samt HSL-insatser som inte signerats i tid. Rehab har sämre följsamhet än delegerade/ordinerade insatser delegerade/ordinerade av ssk. Det krävs flera åtgärder för att komma till rätta med detta. Se mer information under punkt 2.4.4.

### **2.3.5 Svenska Palliativregistret – mer detaljerad information**

Patientansvariga ssk vid samtliga enheter i förvaltningen registrerar i enlighet med anvisning i palliativregistret för god vård vid livets slut. Det framkommer i resultatet (bilaga 7) att det framför allt saknas registreringar avseende smärtskattning och dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan. Spindeldiagrammen i bilagan visar på det övergripande förbättrade resultatet från föregående år.

### **Reflektioner från MAS:**

Resultat från Svenska Palliativregistret visar 2023 på en förbättringskurva från tidigare års ganska statiska resultat. Ansvariga ECer har aktiv tagit del av resultat i registret under året och skapat ett systematiskt förbättringsarbete för att få en höjd kvalitet inom palliativ omvårdnad för god vård och omsorg. Arbetet visar glädjande på förbättrat resultat även om det återstår mycket arbete ännu. Det två parametrar som kräver fortsatt förbättringsarbete är smärtskattning samt munhälsa.

### **2.3.6 God vård och omsorg för personer med demenssjukdom och BPSD-registret – mer detaljerad information**

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 demens-ssk och bilda en ny styrgrupp för att driva arbetet framåt. Under 2022 skapades ett team med en specialistundersköterska och en demens-ssk som har uppdrag att utveckla demensvården i Mölndal. Teamet har haft 13 tillfällen för basutbildning av omsorgspersonal, ca 8-11 deltagare varje gång. Totalt har 150 personer utbildats. Endast tre EC har deltagit tillsammans med personalen trots uppmaning att EC bör delta.

MAS och MAR har under hösten 2023 haft dialog med demensteamet. Det finns fortsatt behov av utbildning av BPSD-administratörer men allra viktigast är att arbeta med implementering inom äldreomsorgen då det är fortsatt låg följsamhet till anvisning och rutin för BPSD. Demensteamet

uppges att det efter BPSD-skattningar ofta saknas bemötande- och åtgärdsplaner. Detta är även något som MAS och MAR har uppmärksammat vid vårdskadeutredningar.

Befintliga styrgrupper behöver löpande följa upp arbetet och vidta åtgärder för att få till implementeringen. Teamet har varit på ledningsgruppen för äldreboende och gått igenom rutinen för BPSD som ett första steg. Det finns fortfarande några EC som inte har administratörsutbildning och detta behöver åtgärdas för att rutinen ska kunna följas fullt ut.

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

### 2.3.7 Öka digitalisering i verksamheterna – mer detaljerad information

Under 2023 har rehabenheten implementerat ett nytt digitalt system med kvalitetssäkrade träningsprogram inklusive filmer, Exor live. Programmet är både ett verktyg för legitimerad personal samtidigt som det möjliggör för omsorgspersonalen att komma åt träningsprogrammen via en app på omsorgstelefonen. Implementering hur appen skall användas har påbörjats inom område Hemvård men kommer sedan implementeras i hela förvaltningen.

Ssk-enheterna samt rehabenheten har under 2023 arbetat med att starta upp Visiba Care (program likt 1177) med mål att få en ökad tillgänglighet och möta framtida behov.

Ssk-enheterna och rehabenheten har under 2023 fortsatt arbetet med Hälsoportalen, en digital plattform där patienter själva kan registrera olika hälsoparametrar samt föra dialog med ansvarig ssk/AT/FT. Målet är att patienterna skall kunna ta större egenansvar men också känna sig trygga med sin vård och rehabilitering.

Förvaltningen hade ett lokalt projekt med läkemedelsautomater som avslutades i april 2023 med goda resultat. Förvaltningen deltar nu i regionalt pilotprojekt inom samarbetsavtal för digitala hjälpmedel som påbörjades hösten 2024. Under 2024 kommer alla kommuner inom samverkansavtalet ha möjlighet att förskriva läkemedelsautomater.

## 2.4 Avvikelse, synpunkter och klagomål 2023

### 2.4.1 Process för avvikelshantering och statistik kring hanterade avvikelser 2023



I processen för avvikelshantering genomför ansvarig EC de steg som finns i bilden ovan. Inom VOF har det totalt rapporterats 7934 avvikelser under 2023. Av dessa är i skrivandets stund (vecka 3 2024) 1433 st inte klara i steget ”utreda”, 2831 st är inte klara i steget ”åtgärda” och 3771 st är inte klara i steget ”följa upp”.

## 2.4.2 Synpunkter och klagomål

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

Under 2023 berörde 14 av totalt 129 synpunkter som togs emot av kontaktcenter verksamheter inom kommunens primärvård. EC rehab återger synpunkter/klagomål från närstående kring bemötande/agerande från personal samt annan närstående som ifrågasatt en vårdåtgärd. EC ssk ÄBO och korttid återger synpunkter/klagomål kring att relation ssk/patient/närstående saknats samt att annan närstående haft synpunkter att läkare inte gett de ordinationer som närstående önskat. De synpunkter/klagomål som inkommit har hanterats med möten med berörda och planer har tagits fram för arbetet framåt.

Verksamhet	Antal
Omsorg och hjälp / Sjukvård och tandvård / Trygg hemgång	7
Omsorg och hjälp / Sjukvård och tandvård / Hemsjukvård	4
Omsorg och hjälp / Sjukvård och tandvård / Rehabilitering	2
Omsorg och hjälp / Särskilda boenden / Fallströmmens korttidsboende	1

## 2.4.3 Fallavvikelser

Fall och fallolyckor hos patienter rapporteras enligt gällande anvisning. Flera personer faller upprepade gånger och rapporteras varje gång. Totalt har det inkommit 3127 fallavvikelser under 2023 vilket är en liten ökning jämfört med 2022 (3099).

Fallavvikelser Äldreboende och korttidsenhet	2019	2020	2021	2022	2023
Bifrost	146	89	169	123	114
Brattås	124	85	90	105	49
Brogården	164	127	163	218	211
Eklanda Lund 1 + 3 Skog 1	282	265	257	146	113
Eklanda Lund 2 Skog 2	74	49	32	39	44
Berzelius ÄBO	134	160	98	101	133
Lackarebäck hus A	129	112	42	43	64
Lackarebäck hus B	100	113	104	115	129
Lackarebäck hus C	213	207	156	105	155
Sörgården	162	82	124	115	120
Fässberg	226	224	148	87	213
Fallströmmen korttidsenhet			67	183	92
Trygg hemgång			2	15	22
<b>Summa</b>	<b>1754</b>	<b>1513</b>	<b>1174</b>	<b>1395</b>	<b>1459</b>

Fallavvikelser Ordinärt boende	2019	2020	2021	2022	2023
Krokslätt/Bifrost	79	78	80	61	80
Centrum	116	86	125	105	127
Stensjön	39	39	38	37	79

<b>Fallavvikelser Ordinärt boende</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Åby/Balltorp	90	77	72	60	83
Kålleröd	45	72	37	66	52
Gottskär	57	64	61	38	57
Lindome	122	105	67	149	104
Natt/trygghetslarm	562	488	779	874	748
Alma	40	16	29	7	13
Aida Vårdservice	61	42	29	32	41
Attendo hemtjänst					3
Casaberget	55	58	67	106	110
Olivia			48	26	6
<b>Summa</b>	<b>1266</b>	<b>1125</b>	<b>1381</b>	<b>1562</b>	<b>1503</b>

<b>Fallavvikelser Funktionsstöd</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Funktionsstöd bostäder LSS	51	48	71	73	22
Funktionsstöd korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet	28	28	7	24	18
Funktionsstöd socialpsykiatri	50	50	57	39	57
<b>Summa</b>	<b>129</b>	<b>126</b>	<b>135</b>	<b>136</b>	<b>97</b>

<b>Fallavvikelser Hälso- och sjukvård</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	11	11	1	3	12

### Reflektioner från MAR:

Avvikelse gällande fall hör fortsatt till en av de två vanligaste inrapporterade avvikelserna och flest fallavvikelse är rapporterade på äldreboende samt inom ordinärt boende. En stor andel av fallen i ordinärt boende sker nattetid. Överlag är det inga stora skillnader i antal registrerade fall jämfört med föregående år. Undantaget är Fässbergs äldreboende där antalet fall ökat från 87 till 213. Ansvariga EC och VC bedömer att orsakerna till detta är fler patienter på enheten och fler av medarbetarna som har kunskap kring uppmärksamma och att registrera fall. Under 2023 har boendet fått en ökad beläggning i samband med omställningen inom äldreboende. De medarbetare som kom med från ett annat boende till Fässberg i omställningen har också en större vana att uppmärksamma och rapportera fall. Under 2023 har MAR utrett ett flertal avvikelser på Fässberg där hanteringen av hjälpmedel brustit, vilket också skulle kunna vara en bidragande orsak till antalet ökade fall. Även Lackarebäckers äldreboende har ökat antal registrerade fall, från 263 år 2022 till 348 år 2023. Ansvarig chef har inte återkopplat tänkbara orsaker till detta. I ordinärt boende är det hemvårdsområde Stensjön som sticker ut med en ökning av antal registrerade fall från 37 till 79. Ansvarig EC uppger att de haft en del patienter under 2023 som ramlat en hel del innan de kommit in på boende som orsak.

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 precis som tidigare år. Utbildningar under 2022 för EC kring avvikelser för alla EC samt kring det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet visar inga effekter avseende utredning, åtgärder och uppföljning.



Vidare ska verksamheterna i förvaltningen 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, likt tidigare år, att ett flertal patienter som fallit under 2023 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.

NOSAM Äldre i Mölndal beslutade i februari 2023 att genom en arbetsgrupp se över hur alla parter kan samverka mer kring fallprevention. Detta utifrån att Mölndal visat en negativ trend kring antal fall både avseende personer inskrivna i kommunal primärvård i ordinärt boende samt på äldreboende. MAR och verksamhetsutvecklare HSL var sammankallande för arbetsgruppen som träffades första gången 18 april och därefter 30 maj. Vid möte nummer två var det dock ett stort bortfall av deltagare och arbetsgruppen bedömde att det inte var meningsfullt att ta fram gemensamma utvecklingsområde då endast hälften av berörda parter fanns med. Ansvariga för arbetsgruppen bedömde att om samverkan kring fallprevention ska ge någon konkret förändring i verksamheterna, behöver alla berörda parter prioritera deltagande och framtagande av gemensamma arbetsätt. Då deltagande från vårdcentraler och regionens rehabenheter var lågt vid båda tillfällena, trots god framförhållning, anser ansvariga för arbetsgruppen att NOSAM behöver ta upp frågan och intresset om fortsatt samverkan på nytt innan fler arbetsgruppsmöten bokas in. Inget mer beslut har tagit i frågan i skrivandets stund. Kommunens berörda verksamheter fortsätter arbeta med fallprevention på olika sätt, bland annat har rehabenheten tagit fram checklistor för att förebygga fall vid inflyttning på ÄBO och inskrivning i kommunal primärvård i OBO.

#### 2.4.4 Avvikelser HSL insatser

I det digitala signeringsystemet MCSS visar statistiken följande siffror:

<b>Statistik för delegerade insatser (Källa: MCSS)</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Antal signerade HSL insatser (totalt)	1 576 316	1 810 349
Antal tillfällen som HSL insats inte signerats i tid	331 026	362 069
Antal tillfällen som HSL insats inte signerats	137 070	115 554
Antal tillfällen som patient fått sitt läkemedel avvikande tid (till största delen för sent, utanför acceptabelt tidsspann)	265 257	252 122
Antal tillfällen som läkemedel inte signerats	90 838	62 062
Antal tillfällen som rehabbinsats inte signerats i tid	16 402	27 927
Antal tillfällen som rehabbinsats inte signerats	20 314	19 863

I avvikelsemodeulen i Treserva finns följande avvikelser rapporterade:

<b>Statistik för registrerade avvikelser gällande delegerade/ordinerade insatser (Källa: Treserva avvikelssystem)</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Läkemedel	1904	2473
Försenad eller utebliven vårdåtgärd delegerad av rehab	14	13
Försenad eller utebliven vårdåtgärd delegerad av ssk	74	78

Avvikelser ska registreras i avvikelssystemet Treserva enligt gällande anvisning. Totalt har det inkommit 2473 registrerade läkemedelsavvikelser under 2023 vilket är en ökning med över 500 avvikelser jämfört med 2022 (1904).

### **Reflektion från MAS:**

I avvikelssystemet Treserva ser vi att registrerade avvikelser läkemedel ökat med över 500 st under året jämfört med föregående år. Orsak till viss ökning kan vara att det med digital signering blir tydligt för ansvarig ssk när avvikelse från ordination inträffar.

Digitala signering i systemet MCSS har pågått under hela 2022 och 2023 i alla verksamheter. Statistik som presenteras i tabellen ovan visar på en anmärkningsvärd mängd avvikelser från ordinerade HSL-insatser gällande läkemedel såväl som övriga delegerade HSL-insatser. Den oerhörda mängden avvikelser är oacceptabel och kraftiga åtgärder till förbättring behöver tas fram. Varje EC har behörighet/ tillgång till statistiken i MCSS och ska ta fram handlingsplan för att minska avvikelser gällande alla delegerade insatser. Även sjuksköterskor har möjlighet att omgående upptäcka avvikelser gällande läkemedelshandlingen.

I resultat jämfört med 2022 ses en förbättring med 78% i följsamhet till delegerad insats insulin som ges i tid. Det är dock fortfarande 22% av alla ordinerade doser insulin som inte ges inom satt tidsram och 4 % som inte blivit givna alls, vilket är oroande då det handlar om stort antal insatser.

Det digitala signeringsverktyget MCSS ger verksamheten möjlighet att identifiera brister på ett bra sätt och genom detta kan ett systematiskt förbättringsarbete ge ökad patientsäkerhet.

### **Reflektion från MAR:**

Jämfört med 2022 har det skett en förbättring både avseende andel signerade rehabinsatser och signering av dem i tid. MAR har under året arbetat både med rehabgruppen genom MAR-möten och med RO via nätverksträffar och påtalat vikten av att rehabinsatser behöver prioriteras på samma sätt som insatser från ssk. MAR har också haft dialog med rehab och EC i SoL/LSS-verksamheterna om behovet av ett nära samarbete mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.

Det finns fortfarande mycket att göra då andel signerad rehabinsatser är mycket lägre än insatser som delegerats/ordinerats från ssk, men det är glädjande att se att utvecklingen går åt rätt håll. Under 2024 behöver arbetet med att öka omsorgspersonalens kunskap om konsekvenser av utebliven rehabinsats fortsätta och AT och FT behöver fortsatt vara tydliga till omsorgspersonal kring vikten av att genomföra insatserna när de delegeras/ordineras.

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

### **2.4.5 Medicintekniska avvikelser**

Exempel på medicintekniska produkter (MTP) är personligt förskrivna hjälpmedel samt hjälpmedel som enheter köpt in som grundutrustning eller verksamhetsutrustning. Totalt rapporterades 96 avvikelser inom MTP under 2023, vilket strax under resultatet 2022 (102 avvikelser).

Under 2023 har MAR utrett fler händelser än tidigare år där hantering av hjälpmedel brutit i flera led. Det är oftast AT och/eller FT som rapporterat dessa avvikelser. En händelse har anmälts till IVO som allvarlig vårdskada. MAR har även anmält sex incidenter med olika hjälpmedel till läkemedelsverket när händelser krävt fortsatt utredning av ansvarig tillverkare. I ett har tillverkare gjort justeringar i produkt utifrån anmälan. Övriga ärenden har läkemedelsverket sparat för framtida analyser

(läkemedelsverket följer trender och bedömer om ytterligare åtgärder om det inkommer flertal ärenden av liknande karaktär).

#### **Reflektioner från MAR:**

Det finns sannolikt ett fortsatt stort mörkertal av avvikelser inom området medicintekniska produkter, men AT och FT har under 2023 varit mer aktiva i att rapportera avvikelser kring olika hjälpmedels funktion samt kring brister i hjälpmedelshantering vilket är positivt.

MAR ser ett fortsatt behov av att utbilda EC SoL/LSS samt omsorgspersonal i ansvar vid hantering av hjälpmedel. Det är också viktigt att fortsätta dialog på MAR-möten kring vilket ansvar AT och FT har avseende personligt förskrivna hjälpmedel samt grundutrustning för att skapa god följsamhet till aktuella anvisningar. 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.

#### **2.4.6 Avvikelser i vårdsamverkan**

Avvikelser i vårdsamverkan rapporteras digitalt i systemet MCP. Statistiken i MCP visar att 139 avvikelser rapporterats under 2023. 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 (ssk från team SAMSA). En stor del av övriga avvikelser handlar antingen om läkemedel eller om brister i kommunikation och samarbete mellan kommunal ssk 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 verksamheten en god överblick på både inkommande och skickade avvikelser. Tyvärr blir en hel del inskickade avvikelser inte tillräckligt utredda och svaren upplevs ofta ha övrigt att önska.

#### **2.4.7 Avvikelser HSL-dokumentation**

Likt föregående år visar de granskningar som MAS och MAR genomfört av patientjournaler att det saknas vårdprocesser i patientjournaler. Dels saknas vårdprocesser utifrån genomförda riskbedömningar, dels 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.

#### **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.

Det finns ett behov av att fortsatt utbilda legitimerad personal i utformning av vårdplaner samt att fortsatt utbilda omsorgspersonal i hur de läser och dokumenterar i vårdplaner. Under 2023 har MAR och metodutvecklare HSL arbetat fram metodstöd kring att skapa vårdplaner och DO HSL har även reviderat de lathundar som finns för dokumentation i aktuellt journalsystem. Dessa åtgärder kommer förhoppningsvis förbättra dokumentationen.

Under 2024 kommer MAR och metodutvecklare HSL tillsammans med VOF IT och DO HSL fortsätta utveckla användningen av KVÅ-koder, samt se över hur vi kan arbeta i journalsystemet så effektivt och enkelt som möjligt, så att dokumentationen inte bortprioriteras på grund av tidsbrist eller okunskap.

#### **2.4.8 Reflektioner från EC och VC kring avvikelshantering**

Merparten av EC har uppgett i digitala enkäter att det har dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål på APT eller annat verksamhetsmöte en gång per månad under 2023. Några EC har svarat att de har dialog en gång i kvartalet respektive en gång i halvåret och ett fåtal EC har svarat att de inte har någon regelbunden dialog med medarbetarna kring rapporterade avvikelser.

EC svarar i enkäten att majoriteten av medarbetarna rapporterar avvikelser och förstår varför detta är viktigt. De EC som har regelbunden dialog kring avvikelser, synpunkter och klagomål upplever att detta ger ett ökat lärande.

Flera EC uttrycker att det behövs bättre samverkan mellan SoL/LSS och HSL i de avvikelser som rör flera lagrum. EC säger också att det behövs fortsatt dialog kring varför vi rapporterar avvikelser för att förändra kultur med skuld och skam. Flera EC uttrycker behov av mer tid för att hinna utreda avvikelser på ett optimalt sätt.

#### **2.4.8 Följsamhet till anvisningar för avvikelshantering**

##### **Reflektion MAS och MAR:**

Att bedöma allvarlighetsgrad, utreda händelsen, ta fram åtgärder och följa upp åtgärdernas effekt en tid efter inträffad händelse, är det endast funktioner med chefsbehörighet som kan göra. Statistiken under punkt 2.4 visar på fortsatt stort behov av att ge chefer stöd i att säkerställa det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Ett steg i det arbetet är att det sedan hösten 2023 finns hjälptexter inlagda i avvikelsemodulen. Under våren 2024 kommer SAS, MAS och MAR även ta fram ett metodstöd för avvikelshantering och specifikt kring utredningsdelen. Samma funktioner kommer under samma tidsperiod att revidera olika delar i avvikelsemodulen så det blir lättare för alla funktioner i avvikelsearbetet att rapportera, utreda och följa upp.

## **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. EC för verksamheten ansvarar för att gradera avvikelserna samt påbörja utredning av händelsen. MAS och MAR ska kontaktas om avvikelserna bedöms ha betydande eller mycket hög/katastrofal allvarlighetsgrad (grad 3 och 4). MAS och 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 EC och övriga berörda, och bedömer efter utredning om ärendet ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2023 har MAR och MAS gjort ett flertal vårdskadeutredningar varav nio stycken bedömdes som allvarliga och anmäldes till IVO. Ytterligare sex utredningar bedömdes som vårdskador och fyra utredningar som risk för vårdskada. Under 2023 har MAS, MAR, SAS vid ett flertal tillfällen utrett lex Sarah och vårdskador gemensamt.

#### **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 EC när en rapporterad avvikelse bedöms som grad 3 eller 4, dels noteras ofta bristfälliga utredningar i de avvikelser som MAS och MAR granskar. Då avvikelser inte blir identifierade resulterar det i risker att adekvata åtgärder inte tas fram och sätts in och det finns vårdskador som inte blir utredda.

Det finns ett stort behov av att öka kunskapen hos ansvariga ECer kring begreppet vårdskada samt att säkerställa systematiken i utredningsförfarandet. Den större utbildningssatsning som genomförts hösten 2022 för alla chefer inom förvaltningen har ännu inte visat på någon effekt.

Utifrån de avvikelser som MAS och MAR utrett under 2023 finns flera områden där risken för vårdskador bedöms hög:

- Trycksår
- Felaktigt utförd delegerad/ordinerad insats
- Bristande kunskap och omvårdnad som leder till vårdskador
- Fall
- Suicid

## **2.6 Analys av verksamhetschef HSL**

Förvaltningen har ett stort förbättringsarbete att göra med läkemedelshandlingen och att säkerställa följsamheten till ordinationer. Efter analys av statistik i MCSS ser vi stora brister i bland annat när det gäller att patienter ska få sina ordinerade läkemedel vid rätt tidpunkt. Ett annat område är att

säkerställa hantering av narkotikaklassade läkemedel. En säker läkemedelshantering är ett fokusområde för 2024 för hela förvaltningen.

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

## **2.7 Analys av medicinskt ansvariga**

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 depression och vid behov suicid. Resultaten visar att det fortfarande saknas registreringar vad gäller riskbedömningar och åtgärder.

Verksamheterna behöver även 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.

Som tidigare nämnts 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 fortsätta att arbeta med en kulturförändring för att säkerställa att patienter inom kommunal primärvård får personcentrerad vård.

Trots omfattande utbildningssatsning 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 patienten men även för övriga patienter där lärdomar och det förebyggande arbetet uteblir. EC behöver ökad kunskap om utredningsarbete samt vikten att ta fram adekvata åtgärder för att minska risken att avvikelser inträffar igen.

Resultaten i MCSS gällande följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser visar att stora förbättringsåtgärder behövs i verksamheterna för att höja patientsäkerheten.

## **3. Patientsäkerhetsplan med mål och strategier 2024**

Patientsäkerhetsplanen för 2024 har tagits fram med resultat från föregående års patientsäkerhetsarbete som grund. Planen utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård” och delas in i två av de områden som Socialstyrelsen bedömer måste fungera för att säkerställa god patientsäkerhet:

- Grundläggande förutsättningar för säker vård med följande delar:
  - En god säkerhetskultur
  - Adekvat kunskap och kompetens
  - Patienten som medskapare

- Teamarbete och samverkan
- Agera för säker vård med följande delar:
  - Processer och arbetssätt som förebygger vårdskador
  - Palliativ vård – god vård i livets slut

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

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet kommer ske i maj och i november, genom digitala enkäter med egenkontroller till ansvariga EC samt muntlig dialog med MAS, MAR och respektive verksamhetschef kring enkäternas resultat och ledningsgruppernas analyser. Resultat från uppföljningarna presenteras två gånger per år (juni och december) till förvaltningsledningen samt i patientsäkerhetsberättelse 2024 till vård- och omsorgsnämnden.

### **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 2024 för att säkerställa en god säkerhetskultur:*

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

#### **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 2024 för att säkerställa adekvat kunskap och kompetens:*

- Basala kläd- och hygienrutiner
  - Självsiktningar genomförda enligt plan?
  - Årlig hygienkartläggning genomförd?
  - Hur fungerar samarbetet mellan hygienombud och hygienssk?
  - Hur ser det ut med följsamheten till användning/tvätt av arbetskläder?
- HSL dokumentation
  - Kollegial journalgranskning - resultat och planerade åtgärder i förbättringsarbetet.

- Följsamhet till delegerade/ordinerade HSL-insatser
  - Statisk från MCSS.
  - Statistik rapporterade avvikelser.
  - Journalgranskning av MAS och MAR - finns det vårdplaner för alla HSL-insatser som delegerats/ordinerats och återkopplar omsorgspersonal via vårdplaner?
  - Sjuksköterskornas vårdprocesser – vilka insatser delegeras till omsorgspersonal?
  
- Läkemedelshantering
  - Är delegeringsprocessen känd?
  - Har antalet “larm”läkemedelsavvikelser i MCSS minskat?
  
- Förflyttningsteknik
  - Andel medarbetare som gått grundläggande förflyttningsutbildning.
  - Avvikelser och anmälda arbetsskador som rör förflyttning.
  
- Implementering av rehabombud
  - Finns 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 besiktigat hjälpmedel och andra medicintekniska produkter i grundutrustning/verksamhetsutrustning enligt plan?

### 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 2024 för att säkerställa att patienten är delaktig i vård och behandling:*

- Patientens upplevelse av delaktighet i nationell brukarundersökning och lokal patientenkät.
- Direkt patienttid för legitimerad personal.
- Synpunkter och klagomål utifrån förvaltningens tillgänglighet.

### 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 2024 för att säkerställa bra teamarbete och samverkan:*

- Hur fungerar enheternas rutiner för teamarbete och samverkansplattformar?
- EC:s och VC:s upplevelse av teamarbetet i digitala enkäter samt vid dialogmöten.
- 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 2024 för att säkerställa arbetssätt som förebygger vårdskador:*

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

### **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 under 2024 för att säkerställa god vård i livets slut:*

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

### **3.2.3 God och säker demensvård**

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

*Uppföljning under 2024 för att säkerställa god och säker demensvård:*

- Implementering av BPSD anvisning och rutin
- Andel omsorgspersonal som gått digital utbildning Demens ABC
- Andel omsorgspersonal inom äldreomsorgen som gått BAS-utbildning demens

## Bilaga 1 – Resultat kvalitetsregister Senior Alert 2023

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Mölnadal stad	531	88% ↓ 713 av 806	89% ↑ 638 av 713	94% ↑ 670 av 713	59% ↑ 358 av 611	51 ↓ 44 personer	215 ↑ personer	45 ↑ 27 personer	184 ↑ personer
Berzellius äldreboende	84	88% ↑ 173 av 196	88% ↓ 152 av 173	88% ↓ 153 av 173	51% ↓ 77 av 150	2 ↓ 2 personer	27 ↑ personer	0 → 0 personer	26 ↑ personer
Bifrost korttidsboende	27	85% ↓ 28 av 33	93% ↑ 26 av 28	96% ↑ 27 av 28	74% ↑ 42 av 57	4 → 4 personer	15 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	11 ↓ personer
Brattåsgårdens äldreboende	25	90% ↑ 27 av 30	89% ↑ 24 av 27	96% ↑ 26 av 27	28% ↑ 10 av 36	2 ↓ 2 personer	12 ↑ personer	2 ↑ 2 personer	12 ↓ personer
Brogården Äldreboende	71	97% ↑ 115 av 119	95% ↓ 109 av 115	100% ↑ 115 av 115	90% ↑ 97 av 108	12 ↑ 10 personer	25 ↑ personer	6 ↑ 4 personer	19 ↑ personer
Eklanda Äldreboende	78	94% ↓ 90 av 96	89% ↑ 80 av 90	97% ↑ 87 av 90	31% ↑ 19 av 61	6 ↑ 5 personer	45 ↑ personer	19 ↑ 7 personer	25 ↑ personer
Fallströmmens korttidsenhet	6	100% → 7 av 7	86% ↓ 6 av 7	100% ↑ 7 av 7	17% ↓ 2 av 12	0 → 0 personer	2 ↓ personer	0 → 0 personer	3 ↓ personer
Fässbergs äldreboende	61	84% ↑ 68 av 81	97% ↓ 68 av 68	88% ↓ 60 av 68	48% ↓ 32 av 66	7 ↓ 6 personer	34 ↑ personer	3 ↓ 2 personer	24 ↑ personer
LSS-verksamheter Mölndal	85	66% ↓ 58 av 88	86% ↑ 50 av 58	98% ↑ 57 av 58	89% ↓ 24 av 27	7 ↑ 6 personer	15 ↑ personer	2 ↑ 2 personer	21 ↑ personer
Lackarebäcks Äldreboende	65	95% ↓ 69 av 73	90% ↑ 62 av 69	99% ↑ 68 av 69	34% ↓ 14 av 41	2 ↓ 2 personer	32 ↑ personer	0 → 0 personer	35 ↓ personer
Mölnadal HSV Ordinärt boende	24	93% ↑ 28 av 30	68% → 19 av 28	71% ↓ 20 av 28	27% ↓ 3 av 11	3 ↓ 3 personer	8 ↓ personer	5 ↑ 5 personer	6 ↓ personer
Sörgårdens Äldreboende	40	98% → 45 av 46	89% ↑ 40 av 45	100% ↑ 45 av 45	93% ↑ 38 av 41	6 ↓ 5 personer	17 → personer	8 ↓ 5 personer	13 ↓ personer
Trygg Hemgång	7	71% ↓ 5 av 7	80% ↓ 4 av 5	100% → 5 av 5	0% → 0 av 1	0 → 0 personer	4 ↑ personer	0 → 0 personer	1 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

## Bilaga 2 – Resultat kvalitetsregister NICOLA 2023

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning
Mölnadal stad	384	76% ↓ 428 av 560	97% ↑ 415 av 428	98% ↑ 418 av 428	66% ↑ 198 av 298	9% ↑ 28 av 298
Berzelius äldreboende	83	81% ↓ 164 av 202	98% ↓ 161 av 164	96% → 157 av 164	62% ↑ 82 av 132	3% → 4 av 132
Bifrost korttidsboende	12	58% ↓ 7 av 12	100% → 7 av 7	100% → 7 av 7	88% ↑ 15 av 17	6% ↑ 1 av 17
Brattåsgårdens äldreboende	4	60% ↓ 3 av 5	100% ↑ 3 av 3	100% ↑ 3 av 3	0% ↓ 0 av 4	50% ↑ 2 av 4
Brogården Äldreboende	67	92% ↑ 91 av 99	93% ↓ 85 av 91	100% → 91 av 91	84% ↑ 42 av 50	4% ↑ 2 av 50
Eklanda Äldreboende	26	79% ↓ 22 av 28	100% → 22 av 22	95% ↓ 21 av 22	50% ↓ 1 av 2	0% → 0 av 2
Fallströmmens korttidsenhet	6	100% ↑ 6 av 6	100% → 6 av 6	100% → 6 av 6	22% ↓ 2 av 9	33% ↑ 3 av 9
Fässbergs äldreboende	12	75% ↓ 9 av 12	100% → 9 av 9	100% → 9 av 9	40% ↓ 2 av 5	0% ↓ 0 av 5
LSS-verksamheter Mölndal	69	45% ↓ 33 av 74	100% ↑ 33 av 33	97% ↓ 32 av 33	100% → 19 av 19	63% ↑ 12 av 19
Lackarebäcks Äldreboende	63	78% ↓ 56 av 72	95% ↑ 53 av 56	100% ↑ 56 av 56	33% ↓ 11 av 33	12% ↑ 4 av 33
Mölnadal HSV Ordinärt boende	4	50% ↓ 2 av 4	100% ↑ 2 av 2	50% ↓ 1 av 2	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 1
Sörgårdens Äldreboende	38	79% → 31 av 39	100% ↑ 31 av 31	100% ↑ 31 av 31	88% ↑ 23 av 26	0% → 0 av 26
Trygg Hemgång	7	57% ↑ 4 av 7	75% ↑ 3 av 4	100% ↑ 4 av 4	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	

## Bilaga 3 – Resultat från tandvårdsregistret 2023

### Tandvård, Antal genomförda utbildningar grundläggande munhälsa

Geografi och område	Kommun	Områdesnamn	Antal deltagare	Antal timmar	År	Boendeform
	Möndal	Möndal Äldreboende	51		8 2023	Äldreboende etc.
	Möndal	Möndal Funktionshinder	7		2 2023	LSS/Enskilt boende
	Möndal	Möndal ordinärt boende	29		8 2023	LSS/Enskilt boende
	Möndal	Möndal Äldreboende	15		1 2022	Äldreboende etc.
	Möndal	Möndal Funktionshinder	23		6 2022	LSS/Enskilt boende
	Möndal	Möndal ordinärt boende	40		6 2022	LSS/Enskilt boende
	Möndal	Möndal Äldreboende	36		6 2021	Äldreboende etc.
	Möndal	Möndal Funktionshinder	7		2 2021	LSS/Enskilt boende
	Möndal	Möndal ordinärt boende	47		9 2021	LSS/Enskilt boende

### Antal utförda munhälsobedömningar under 2023

#### Äldreboende

Enhet namn	Antal N-intyg	Antal ja tack (N-intyg)	Antal nej tack	Antal munhälso-bedömningar
Berzelius mellan 1	7	7	0	8
Berzelius mellan 2	8	8	0	7
Berzelius mellan 3	8	7	1	7
Berzelius norra 2	8	8	0	8
Berzelius norra 3	8	8	0	7
Berzelius östra 1	9	9	0	10
Berzelius östra 2	9	9	0	9
Berzelius östra 3	9	9	0	7
Bifrost äldreboende	26	23	3	19
Brattåsgården	10	9	1	11
Brogården	38	32	6	23
Eklanda äldreboende Lunc	36	28	8	25
Eklanda äldreboende Lund	6	6	0	6
Eklanda äldreboende Lund	6	6	0	5
Eklanda äldreboende Skog	3	3	0	3
Eklanda äldreboende Skog	6	6	0	5
Fässbergshemmet	35	28	7	27
Lackarebäck Hus A1	10	9	1	10
Lackarebäck Hus A2	10	9	1	8
Lackarebäck Hus A3	14	14	0	7
Lackarebäck Hus B1 väst	6	6	0	6
Lackarebäck Hus B2 öst	7	7	0	6
Lackarebäck Hus B3 öst	9	9	0	7
Lackarebäck Hus B3 väst	5	5	0	6
Lackarebäck Hus C1 nord	7	7	0	6
Lackarebäck Hus C1 syd	8	7	1	5
Lackarebäck Hus C2 nord	6	6	0	3
Lackarebäck Hus C2 syd	9	8	1	8
Lackarebäck Hus C3 nord	7	7	0	6
Lackarebäck Hus C3 syd	7	7	0	6
Sörgården	40	20	20	19

#### Ordinärt boende

Enhet namn	Antal N-intyg	Antal ja tack (N-intyg)	Antal nej-tack	Antal munhälso-bedömningar
Gottskärs hemtjänst	7	5	2	1
Aida Vårdservice AB	4	2	2	3
Alma vård och omsorg	1	1	0	1
Casa Berget	12	9	1	4
HTJ Åby	3		1	
HTJ Åby /Balltorp	5	2	1	3
HTJ Bifrost	2	1	8	1
HTJ Centrum	12	5	0	4
HTJ Kålleröd	22	10	1	7
HTJ Krokslätt	9	3	0	1
HTJ Lindome	16	9	7	23
HTJ Stensjön	10	6	5	3

## Fortsättning bilaga 3 – Resultat från tandvårdsregistret 2023

### LSS

Enhet namn	Antal N-intyg	Antal ja tack (N-intyg)	Antal nej-tack	Antal munhälso-bedömningar
Guldvingegatan	2	1	3	2
Annebergsvägen (gb)	5		2	
Baazgatan (Serviceb)	3		1	
Brännäsvägen (gb)	9	2	7	
Drottninghögsvägen (gl)	2		2	
Eklanda Skog (gb)	6		8	
Eklanda Vall (Serviceb)	8		41	
Fågelsten gruppboende	2		1	
Frimärkgatan (gb)	3	1	1	
Frölundag. 39 plan 1 bc	3		1	
Gårdavägen (Serviceb)	1		1	
Grupp. Bangatan	1		1	
Gunnebogatan 66E (gb)	4	2	0	
Havrekornsg 8 A,B (Ser	7	3	1	4
Havrekornsg. 15 (Servic	8	3	3	1
Hedbäcksvägen 4	4	1	11	3
Piltegatan	13	2	6	2
Rantorp (Serviceb)	4		3	
Ringspinnaregatan (gb)	4		0	
Sågdalsgatan (gb)	4	1	2	1
Släpharvgatan 3	7	1	3	
Måldomargatan (Servic	13	1	3	3
Tegelformsgatan (gb)	4	1	6	
Varmblodsgatan (servic	2		3	

## **Bilaga 4 - Punktprevalensmätning PPM Basala klädregler- och hygienrutiner (resultat följ nedan länk)**

[PUNKTPREVALENSMÄTNING AV FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER OCH KLÄDREGLER 2018 \(skr.se\)](#)

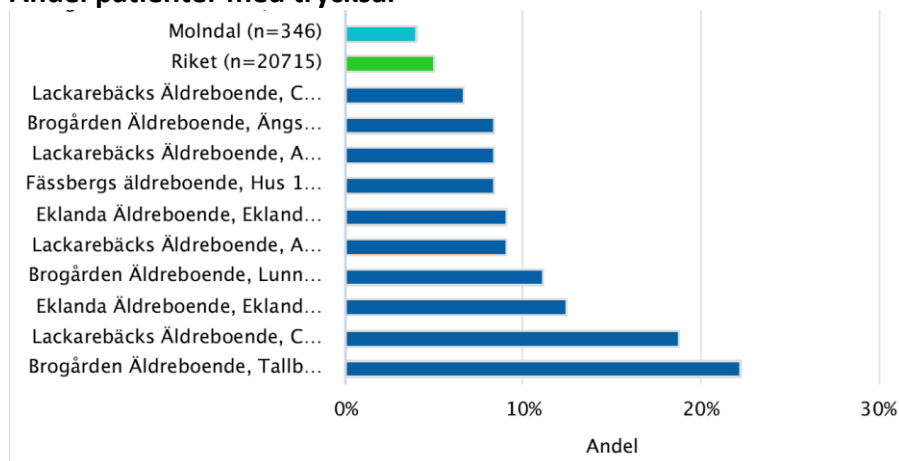
## Bilaga 5 - SVENSKA HALT mätning resultat 2023

Sida 1

Svenska HALT mätningen pågår under två veckor i november, resultatet speglar faktisk situation under denna tidsrymd. Totalt antal patienter som ingick i Svenska HALT mätningen 2023 var 346 stycken, vilket var två stycken fler än 2022 där 344 patienter ingick.

Kommun	Mölndal
Antal enheter totalt	33
Antal Demensboenden	19
Antal Korttidsboenden	1
Antal Allmän vård och omsorg	13
Antal Verksamhet enligt LSS	0
Antal Psykiatri	0
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	346
Antal vårdtagare med korttidsvård	4
Antal kvinnor	241
Antal män	105
Antal >80 år	250
Antal >85 år	190
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	3
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	0%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	3
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	7
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	5
- Antal vårdtagare med profylax	2
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	7

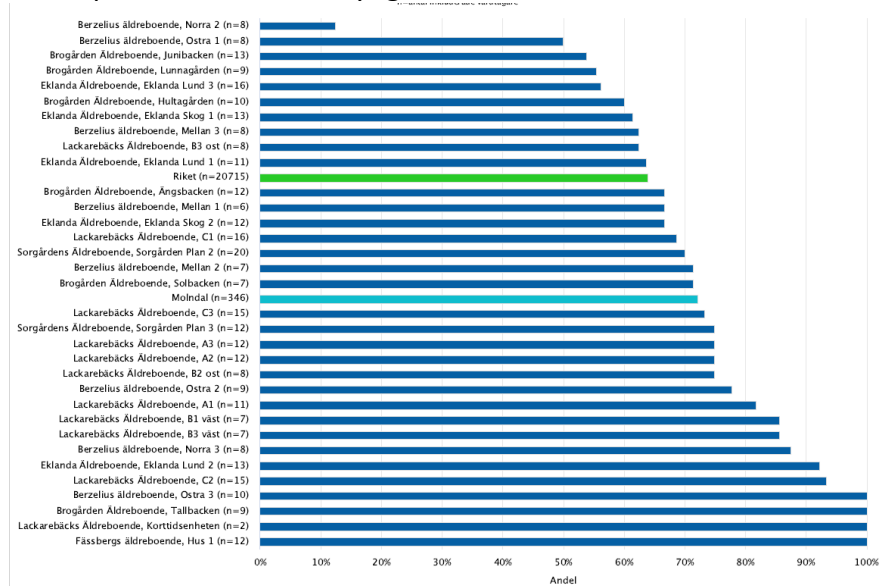
### Andel patienter med trycksår



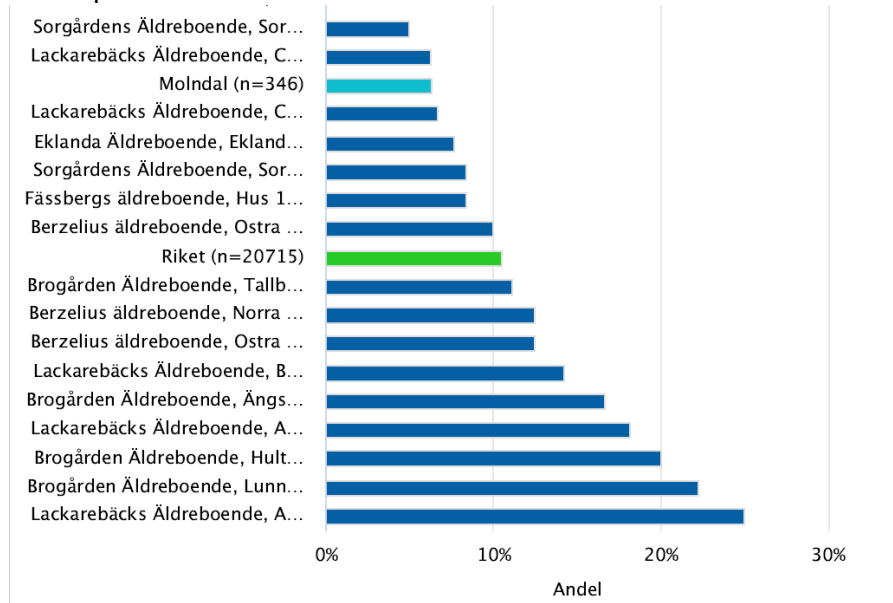
# Fortsättning Bilaga 5 – SVENSKA HALT mätning resultat 2023

Sida 2

## Andel patienter med vårdtyngdsindikator : Inkontinens



## Andel patienter med riskfaktor : urinkateter





# Bilaga 6 - Statistik från MCSS - Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser

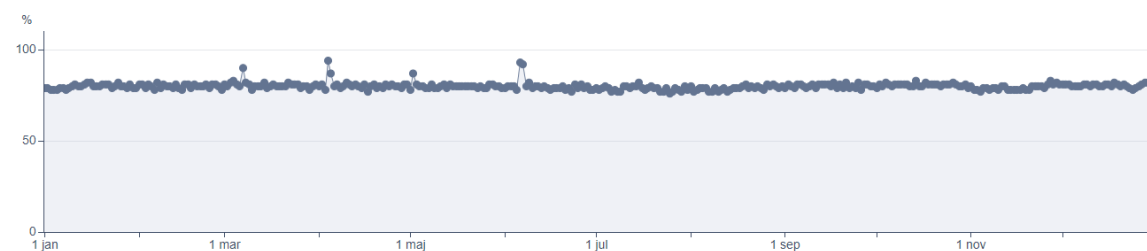
Sida 1

## Alla insatser:

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID	ANDEL SIGNERADE INSATSER	TOTALT ANTAL STÅENDE INSATSER
80 %	20 %	1 % fler i tid	23 minuter	94 %	1925904

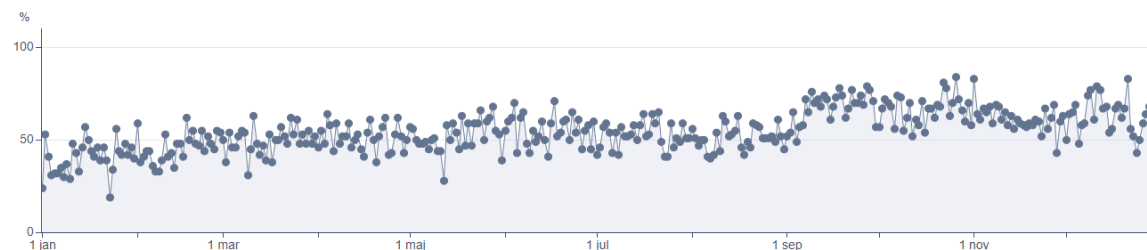
## Arbetsterapi:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID	ANDEL SIGNERADE INSATSER	TOTALT ANTAL STÅENDE INSATSER
55 %	45 %	12 % fler i tid	49 minuter	67 %	11438

# Fortsättning bilaga 6 - Statistik från MCSS - Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser

Sida 2

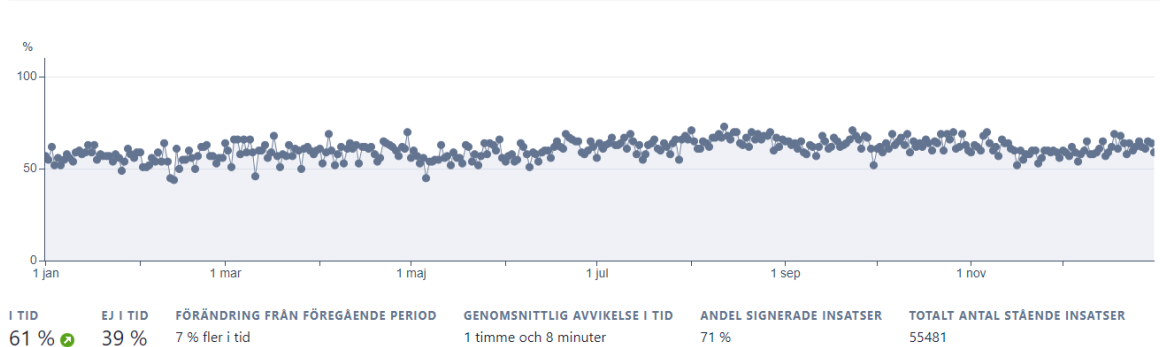
## Fysioterapi:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



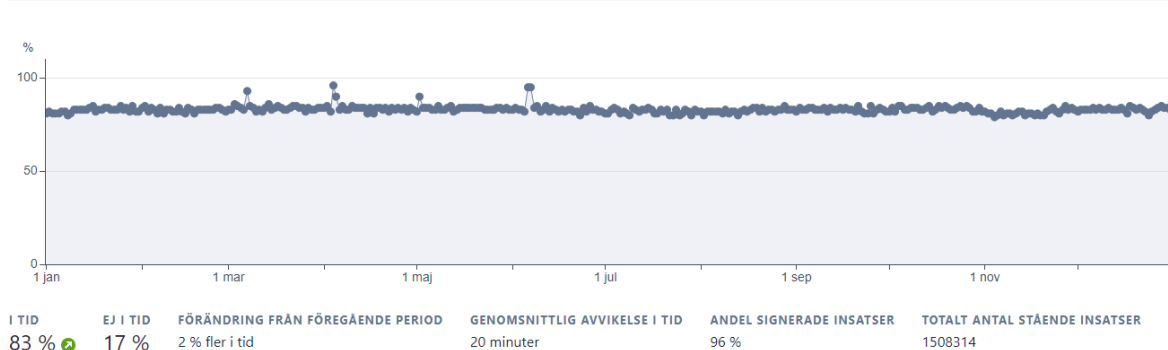
## SSK Läkemedel:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



# Fortsättning bilaga 6 - Statistik från MCSS - Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser

Sida 3

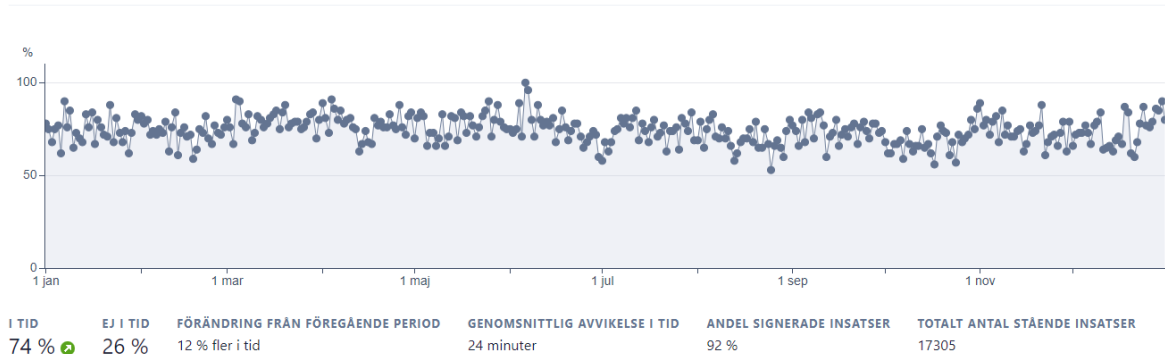
## SSK Narkotika:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



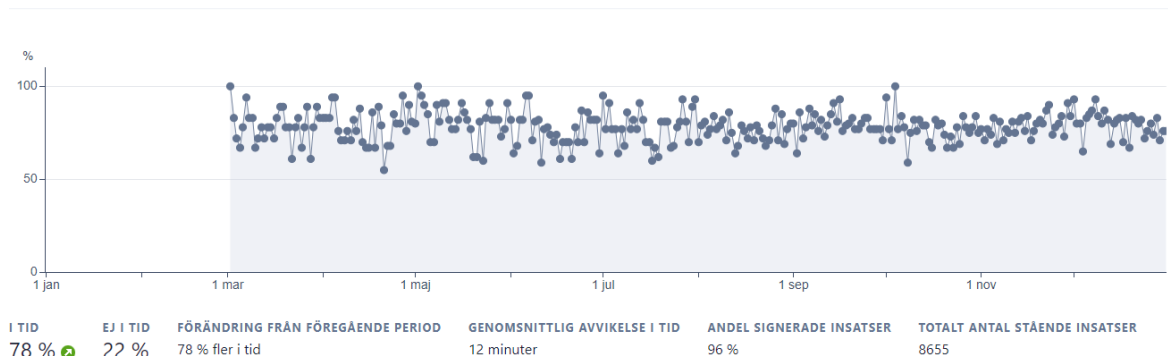
## Ssk Insulin:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



# Fortsättning bilaga 6 - Statistik från MCSS - Delegerade/ordinerade insatser samt andel signerade insatser

Sida 4

## SSK övriga insatser:

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



I TID: 70% EJ I TID: 30% FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD: 0% fler i tid GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID: 27 minuter ANDEL SIGNERADE INSATSER: 89% TOTALT ANTAL STÅENDE INSATSER: 316436

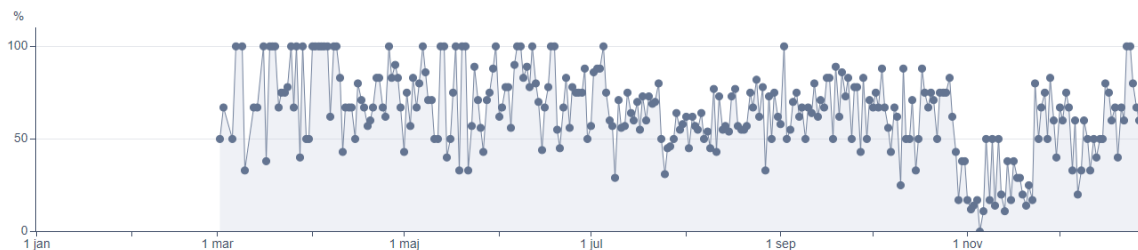
## Ssk sårvård

Filtrera ^

PÅ ADRESS: Mölndal  
FRÅN: 2023-01-01  
TILL: 2023-12-31  
FREKVENNS:  Stående  Vid behov

VISA

### Statistik och trender - Stående insatser



I TID: 63% EJ I TID: 37% FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD: 63% fler i tid GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID: 38 minuter ANDEL SIGNERADE INSATSER: 78% TOTALT ANTAL STÅENDE INSATSER: 2240

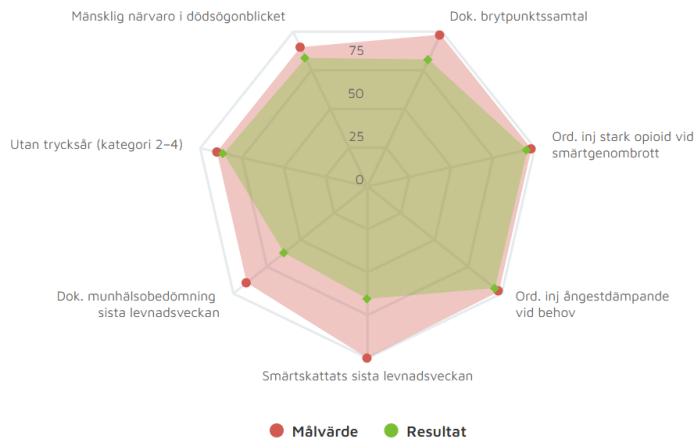
# Bilaga 7 - Svenska palliativregistret

Sida 1

## RIKET

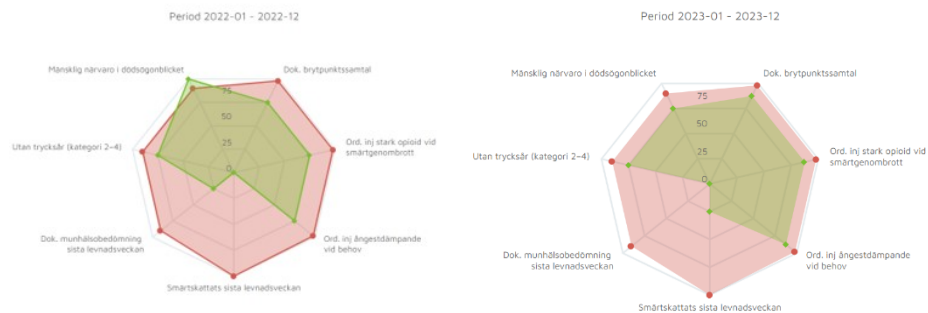
### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

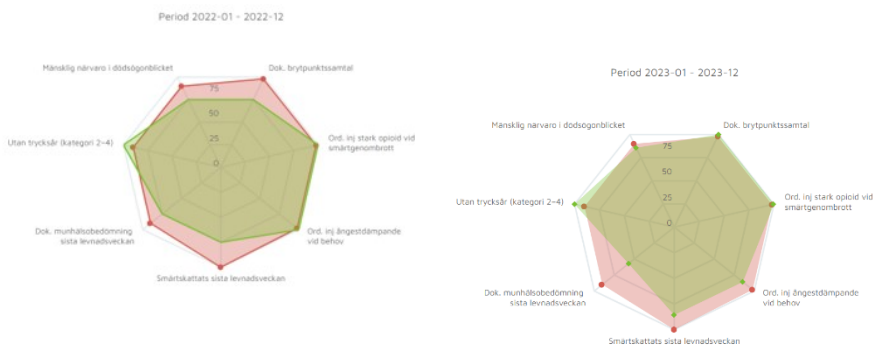


Detta är en originalrönnet från S

## Brattås äldreboende



## Bifrost äldreboende



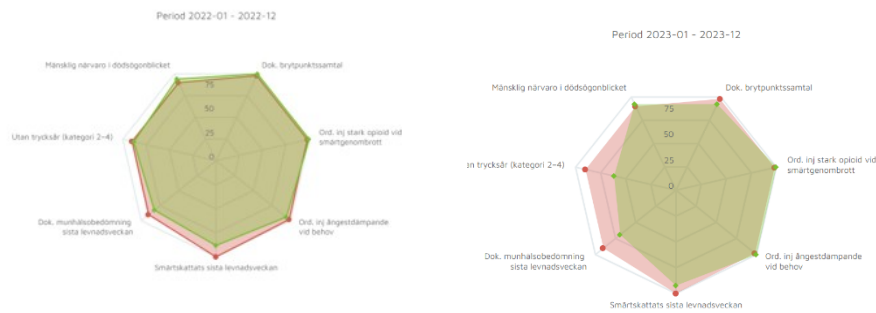
# Fortsättning bilaga 7 - Svenska Palliativregistret

Sida 2

## Eklanda äldreboende



## Fallströmmens korttidsboende



## Fässbergs äldreboende



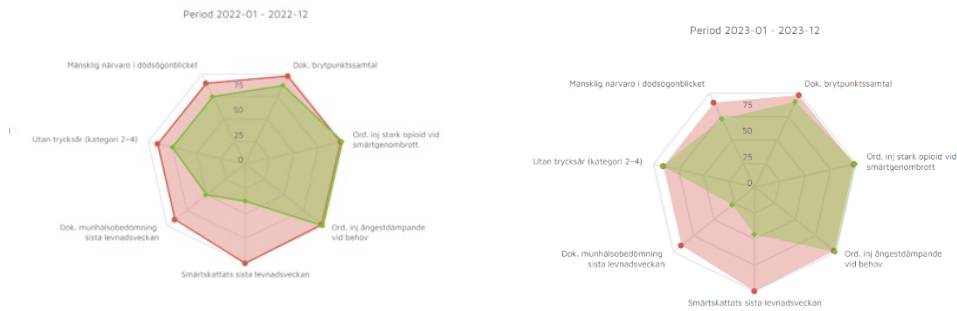
## Lackarebäcks äldreboende



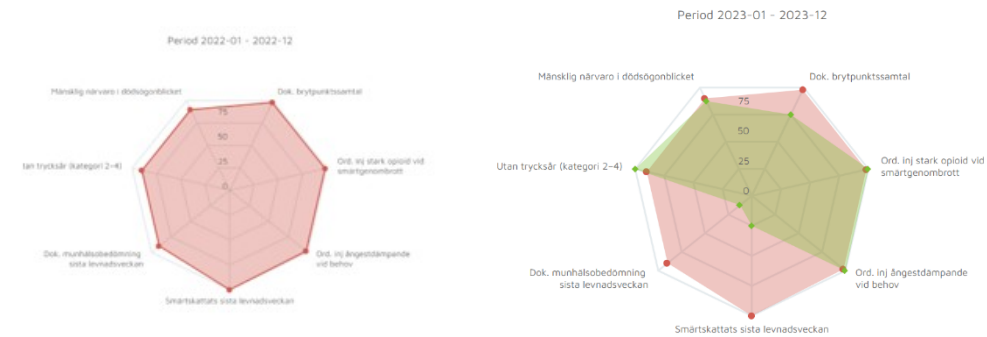
# Fortsättning bilaga 7 - Svenska Palliativregistret

Sida 3

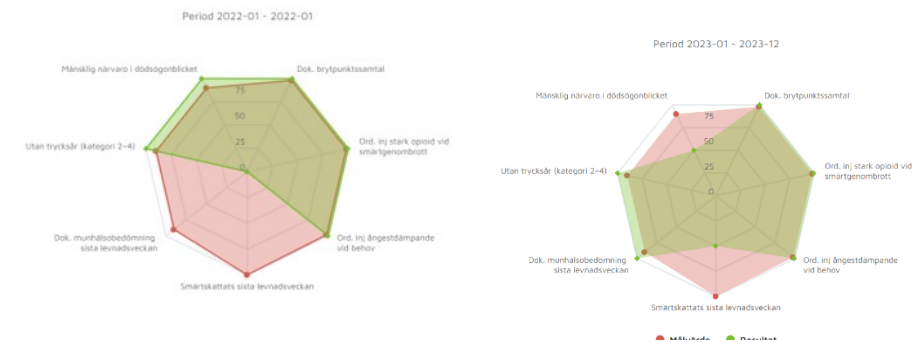
## Brogårdens äldreboende



## Sörgårdens äldreboende



## Boende BMSS



## Ordinärt boende

