



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering
Norra innerstadens stadsdelsnämnd
År 2025



2025-03-31

Dnr:

Ida Rupush, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Malin Junerud, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt 3 kap § 10 i Patientsäkerhetslagen ska alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård senast den förste mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse för föregående år. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har som stöd till verksamheterna tagit fram en mall för patientsäkerhetsberättelsen. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för Socialstyrelsen nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver hur förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården, samt redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten. Den innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har tagits till vara i verksamheterna. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

För 2025 redovisas sammantaget resultat från stadsdelens vård- och omsorgsverksamheter. Norra innerstadens verksamheter som kommer att vara i sammanställningen är Väderkvarnen vård- och omsorgsboende, Sabbatsbergsbyn vård- och omsorgsboende, Riddargården vård- och omsorgsboende, Kampementet vård- och omsorgsboende, Rio vård- och omsorgsboende, Katrumpstullen vård- och omsorgsboende samt Linnégården vård och omsorgsboende. Verksamheterna upprättar egna verksamhetsnära patientsäkerhetsberättelse som ska vara tillgänglig på förvaltningen senast den förste mars.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård	1
Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet:	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Intern samverkan	9
Extern samverkan.....	11
Systematiskt informationssäkerhetsarbete	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens	13
Bemanning.....	13
Kompetensutveckling hos medarbetare	14
Den äldre och närstående som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Läkemedelshantering	15
Läkemedelsgenomgång.....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	18
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA	18
Hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	19
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – punktprevalensmätning vårdindikatorer	20
Blåsdysfunktion	21
Skyddsåtgärder.....	22
Trycksår och bedömd risk enligt Norton.....	23
Nutritionsstatus enligt MNA	24
Munhälsobedömning	25
Fallprevention	26
Vaccinationer.....	28
Säker vård här och nu.....	28
Är vården säker idag.....	28
Riskhantering.....	29
Stärka analys, lärande och utveckling	29
Klagomål och synpunkter	31
Öka riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	32

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över MAS och MARs arbete under 2025 och en sammanfattad bedömning av den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Norra innerstadens stadsdelsförvaltnings verksamheter.

Under 2025 har satsningar gjorts på verksamheter i egen regi inom området läkemedelshantering för att ytterligare stärka patientsäkerheten. Apoteket ABs digitala delegeringsutbildning med tillhörande kunskapsprov används uteslutande i samband med ny eller förnyad delegering. Stadsdelen har köpt in läkemedelsskåp med digitala spårbara lås och skåpen finns nu på samtliga verksamheter i egen regi. Arbetet med införande av Appva digital läkemedelssigenering färdigställs under slutet av 2025.

Stadsdelsförvaltningen kommer tillsammans med Kungsholmens stadsdelsförvaltning upphandla och inför digitala systemet Alisa. Alisa är en digital lösning som förenklar hantering av medicintekniska produkter (MTP)/medicinteknisk utrustning (MTU), förenklar administration och spårbarhet av MTP/MTU enligt lagkrav, stärker patientsäkerheten och förenklar inventering av beredskapslager. Under nästkommande år läggs även utrustning som sjuksköterskor använder i systemet för att stärka hantering och kontroll av produkterna.

I stadsdelsförvaltningen fortsätter arbetet med vårdhygien, basal hygien och klädregler samt smittförebyggande arbete. Sourcecontrol vid virusutbrott implementeras, kohortvård och provtagning fortsätter i enlighet med Socialstyrelsen rekommendationer för att minska smittspridning i verksamheterna. Arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och smittförebyggande åtgärder är ett fortsatt fokusområde.

Norra innerstaden har ett nätverk för hygienombud för att lyfta det vårdhygieniska arbetet och främja kollegialt lärande genom föreläsningar och utbildningar för hygienombuden. Nätverket för hygienombud leds av stadsdelens adjungerande kliniska adjunkt/verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård. Resultat av genomförda mätningar under året visar på att det finns utvecklingsområden och verksamheterna behöver fortsätta att kontinuerligt och systematiskt arbeta med att säkerställa och följa upp att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler samt använder skyddsutrustning på korrekt sätt.

Uppföljningar och uppgifter som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvårdens arbetssätt att genomföra riskbedömningar fungerar bra i flera verksamheter men behöver stärkas i några. Verksamheterna fortsätter sina olika utvecklingsarbeten såsom teamarbete, säkerställa följsamhet till läkemedelsrutin och dokumentation. MAS och MAR kommer fortsätta att följa statistik genomföra mätningar och uppföljning inom hälso- och sjukvård i syfte att verksamheterna ska få syn på sina resultat och eventuella utvecklingsområden.

Prioritering för nästkommande år är att stärka undersköterskor och utbilda undersköterskor i vitala parametrar, fortsätta stärka samarbetet mellan stadsdelens vård- och omsorgsboenden, fortsätta stärka teamarbetet i verksamheterna, stärka sjuksköterskans handledande roll och medverka vid fortsatt införande av GLIM diagnostisering av undernäring.

Norra innerstadens stadsdelsförvaltning har ett pågående arbete tillsammans med Kungsholmens stadsdelsförvaltning och Södermalms stadsdelsförvaltning för att utarbeta

gemensamma hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetsprocesser. Under året har bland annat gemensamma rutiner för delegering och riskanalysmallar tagits fram.

Arbetet med informationssäkerhet och informationsklassning har fortsatt haft ett stort fokus under året. Det har tagit mycket resurser i anspråk, men i och med en ökad risk för IT-attacker som sker utifrån är det en viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

Under nästkommande år startar flertalet större centrala upphandling där Norra innerstaden deltar. Bland annat upphandling för MTP och MTU, bemanningstjänster undersköterskor och legitimerad personal.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att nå Socialstyrelsens nationella vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada” har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Dessa är:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare



Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Äldreomsorgens övergripande mål är att varje boende ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Den vård som ges ska uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition¹

Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet:

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

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - på ett strukturerat sätt följa upp verksamheterna genom dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - halvårsvis följa utvecklingen av riskbedömningar och bedömning av ADL
 - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation
 - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser
 - stickprovsgranska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egen regi med fokus på hälsoplaner
 - genomföra punktprevalensmätning över vårdindikatorer två gånger under året
 - följa upp läkemedelshanteringen löpande i Appva digital läkemedelsigenering
 - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - revidera riktlinjer och regler i samverkan med övriga MAS/MAR i Stockholm stad
 - utifrån resultat och analys, planera kompetenshöjande satsningar för verksamheter i egen regi
2. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna
 - medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp

¹ Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet och hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och

- stödja chefer i att upprätta rutiner och utveckla arbetssätt inom identifierade utvecklingsområden
 - ge stöd i fortsatt arbete med digital läkemedelssigntering
 - särskilt uppmärksamma psykisk hälsa och handleda/utbilda i ämnet
 - upprätthålla nätverk för hygienombud, sjuksköterskor, arbetsterapeuter/fysioterapeuter och sårombud
 - upprätthålla nätverk för enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar
3. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad för att säkerställa likvärdig vård.

Övergripande mål och strategier för förvaltningens patientsäkerhetsarbete har resulterat i en bedömning att hälso- och sjukvården i verksamheterna behöver prioritera utbildning och kompetenshöjande insatser för att möta framtida behov. Kunskapshöjande insatser kommer att genomföras under nästkommande år som omfattar bland annat bedömning av förändrat hälsotillstånd, interprofessionell kommunikation och strukturerad överrapportering, preventiva åtgärder som vardagsrehabiliterande arbetssätt, säkerställa adekvat näringsintag, sår förebyggande åtgärder första hjälpen till psykisk hälsa. Planerade satsningar kommer att omfatta både ledning och medarbetare på verksamheter i egen regi.

Organisation och ansvar

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

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att se till att vårdgivaren har ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälan (lex Maria) göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ansvarig nämnd informeras.

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Norra innerstadens stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen² för de verksamheter som bedrivs i egen regi i stadsförvaltningens geografiska område. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god och patientsäker vård.

Vårdgivarens ansvar

Med vårdgivare avses nämndens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada. Om verksamhetschef saknar formell kompetens att utföra detta får verksamhetschef enligt 4 kap. 5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) uppdra

² Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

genomförandet till någon annan. Ansvaret för att uppgifterna genomförs ligger alltid kvar på verksamhetschef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning³ och innebär att MAS ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område som omfattas av hälso- och sjukvårdsansvar.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. MAR och MAS har ett nära samarbete.

En legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast kan fullgöra uppgiften som medicinskt ansvarig om ett verksamhetsområde omfattar i huvudsak rehabilitering. I omställningen till god och nära vård har rehabilitering en central roll. Rehabilitering är processen som tar sin början vid skada, sjukdom eller funktionsnedsättning och utgår från individens upplevda aktivitetsbegränsningar, behov och intressen. Rehabiliteringsprocessen bygger på att återskapa eller bibehålla individens förmåga i möjligaste mån. I förvaltningens verksamheter används rehabilitering för att bibehålla den äldres förmåga, bedöma förändrat behov och utforma åtgärder som möjliggör daglig aktivitet.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal (nedan kallad legitimerad personal) har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med rapporteringen är att främja ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Legitimerad personal kan delegera icke-legitimerad personal att utföra specifika arbetsuppgifter. Arbetsuppgifter som överlämning av iordningsställd läkemedelsdos delegeras i enlighet med HSLF-FS 2017:37. Legitimerad personal är ålagd att säkerställa att mottagaren av delegering har formell och reell kompetens för att utföra den specifika åtgärden. Även arbetsuppgifter som berör omvårdnad, personlig vård och behandling kan i vissa fall delegeras efter att medarbetarens formella och reella kompetens försäkrats av legitimerad personal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under året har MAS och MAR samverkat både internt och externt genom att delta på möten och arbetsgrupper.

Intern samverkan

Samverkan och processer internt inom förvaltningen och inom hela Stockholms stad som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada har skett genom:

- *Arbetsmöten för att utveckla gemensamma dokument och frågor:* MAS och MAR i innerstadens stadsdelsförvaltningar har genomfört regelbundna arbetsmöten. Regler och tillhörande dokument har reviderats under året och publicerats på MAS/MAR innerstadens sida på intranätet. Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). QUSTA reviderades 2024 och används i uppföljningar av hälso- och sjukvården 2025. Varje år genomförs riskanalys gällande bemanning och beredskap för sommar och jul-nyår inom MAS/MAR gruppen och i verksamheterna, riskanalysmallen revideras i samverkan med Kungsholmens och Södermalms stadsdelsförvaltning årligen.

³ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

- *Samverkan med hela Stockholms stads MAS/MAR nätverk:* MAS och MAR har deltagit i samverkansmöten med stadens MAS/MAR nätverk. I nätverket utformas gemensamma stadsövergripande riktlinjer för hälso- och sjukvård. Informationsöverföring och erfarenhetsutbyte sker i syfte att göra stadens hälso- och sjukvård likvärdig.
- *Samverkan med Äldreförvaltningen:* MAS och MAR har deltagit på äldreförvaltningens regelbundna träffar där information och erfarenhetsutbyte har stort fokus. MAS och MAR har deltagit i Äldreförvaltningens möten om verksamhetsuppföljningar.
- *Samverkan med MAR nätverket i Stockholms stad:* MAR har regelbundet deltagit i nätverksmöten för MAR i Stockholms stad. Syftet med MAR nätverket är att stödja samt utveckla verksamheterna i Stockholms stad.
- *Stöd i egen regi:* MAS har kontinuerlig haft kontakt med chefer inom äldreomsorgsavdelningen, konsulterat och gett råd till chefer och legitimerad personal. MAS har haft nära samarbete med övriga nyckelfunktioner inom avdelningsstödet så som dietister, verksamhetscontroller/verksamhetsutvecklare, adjungerad kliniskt adjunkt (AKA) samt andra aktörer inom staden.
- *Hälso- och sjukvårdsmöten i egen regi:* MAS och MAR har samordnad och lett nätverksträffar för chefer med hälso- och sjukvårdsansvar. Syftet med nätverket är att skapa likvärdig vård och omsorg inom avdelningens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar. Nätverksmöten är ett forum för delgivande av aktuell information och möjliggör informationsutbyte mellan verksamheter. Forumet främjar strukturerar och implementering av stadsdelsgemensamma processer och arbetssätt. Inom nätverket formuleras och samordnas gemensamma kompetenshöjande satsningar
- *Säker nutrition:* MAS samarbetar med förvaltningens dietister med syfte att ta fram och implementera verktyg som stärker sjuksköterskans kompetens inom nutrition och tydliggör ansvarsområdet, processer, rutiner och det systematiska arbetet med nutritionsfrågor.
- *Säker dokumentation:* MAS och MAR har kontinuerligt samarbete med förvaltningens verksamheter för att säkerställa kvaliteten i hälso- och sjukvårdsdokumentation. En viktig resurs för att säkerställa kvalitet i dokumentation är processhandedarfunktionen som finns i förvaltningen.
- *Säker läkemedelshantering:* MAS har regelbundet deltagit i referensgruppsmöten för att utveckla och stärka fortsatt användning av digital läkemedelssignering (APPVA).
- *Nätverk för rehab personal för innerstaden:* MAR är sammankallande för nätverket. Möten har regelbundet genomförts under året och bland annat innefattat kompetenshöjande insatser för rehabiliteringspersonal. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för sjuksköterskor:* MAS är sammankallande för nätverket. Möten har genomförts under året och bland annat innefattat kompetenshöjande insatser för sjuksköterskor. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för palliativ vård:* MAS har hållit i regelbundna nätverksträffar för palliativa ombud. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för sårombud:* MAS har initierat nätverk för sårombud. Syftet med nätverket är kunskapshöjning där representanter från samtliga professioner på vård- och omsorgsboende deltar.
- *Nätverk för hygienombud:* AKA har under året initierat nätverk för hygienombud. Syftet med nätverket är kunskapshöjning där representanter från samtliga professioner på vård- och omsorgsboende deltar.

Extern samverkan

Region Stockholm och alla kommuner i Stockholms län har genom samverkan tagit fram samverkansöverenskommelser, avtal, stödande och styrande dokument i syfte att stärka patientsäkerheten och förebygga vårdskador. Samverkan regleras på övergripande- och lokal nivå genom överenskommelserna och är följande:

- huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK)
- samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS)
- samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- samverkan vid tandvårdsenhetens uppsökande verksamhet & nödvändig tandvård
- kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- logopedinsatser och fotsjukvård i särskilda boenden för äldre samt dosläkemedel
- omhändertagande av avlidna
- samverkan inom patientnämndsverksamhet
- samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- sammanhållen överenskommelse om vård & omsorg för äldre
- samordnad individuell plan (SIP)
- palliativt kunskapscenter (PKC)

Extern samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada har skett genom:

- *Läkartillgänglighet:* Capio Legesvisitten AB har under året ansvarat för Rio vård- och omsorgsboende och Katrumpstullen vård- och omsorgsboende. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB har ansvarat för Sabbatsbergsbyn vård- och omsorgsboende, Väderkvarnen vård- och omsorgsboende, Linnégården vård- och omsorgsboende, och Kampementet vård- och omsorgsboende. Entreprenörsdrivna Riddargården vård- och omsorgsboende har en läkare knuten till verksamheten och företaget. Företrädare för läkarorganisationerna och ledning i verksamheterna träffas årligen samt vid behov. Samverkansöverenskommelse har reviderats under året och skrevs på av MAS december 2025. MAS deltar regelbundet på samverkansmötena med respektive läkarorganisation. Läkarorganisationerna samverkar regelbundet med nätverket MAS/MAR i länet.
- *Läkemedelsgenomgångar:* läkarorganisationen ansvarar för läkemedelsgenomgångar som ska genomföras årligen i nära samarbete med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB genomför årligen uppföljning av läkemedelshanteringen och läkemedelsrutiner i samtliga verksamheter. Förvaltningen har haft samverkansmöten med berörda aktörer i samband med fortsatt användning och utveckling av digitalt verktyg för läkemedelssigenering.
- *Säker hantering av medicintekniska produkter (MTP) och medicinteknisk utrustning (MTU):* MAS och MAR har samverkan med Alisa Medtech och Kungsholmens stadsdelsförvaltning i upphandling och implementering av Alisa. Systemet underlättar administration och spårbarhet av MTP och MTU och säkerställer följsamhet till lagkrav. Systemet möjliggör en överblick över stadsdelens hjälpmedelspark och beredskapslager.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* verksamheter, MAS och AKA samarbetar med Vårdhygien som gör uppföljningar och bistår med bedömning av hygienisk standard, råd, stöd och utbildning till verksamheterna.
- *Munhälsovård:* MAS är kommunens kontaktperson mot Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltnings enhet för tandvård som årligen genomför samverkansmöten.

I stadsdelen finns en kommunal handläggare som hanterar behörigheter i Symfoni/Menuett, system för utförande av tandvårdsintyg.

- MAS har deltagit i samverkansmöten med Tandvårdsenheten, Patientnämnden, PKC och GSA.
- MAS har varit Stockholms stads representant i regionalt nätverk för MAS och MAR.
- MAR har deltagit i länsövergripande nätverksmöten för MAR för omvärldsbevakning, kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Systematiskt informationssäkerhetsarbete

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett systematiskt informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering. Detta skapar förtroende både inom och utanför organisationen. Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån organisationens behov och risker. Tillförlitlig information som är tillgänglig för behöriga medarbetare är en förutsättning för att bedriva god och patientsäker vård.

Förvaltningens verksamheter arbetar enligt Patientdatalagen (2008:355). I lagen regleras informationshantering inom hälso- och sjukvård. Personuppgifter och information ska utformas och behandlas med hänsyn till patientens integritet. All dokumentation ska hanteras och förvaras oåtkomligt för obehöriga. Lagen reglerar skyldighet för vårdgivare att föra patientjournal och att informationen är organiserad så att patientsäkerheten tillgodoses.

Information skyddas med hjälp av:

- digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram,
- fysiska skydd: t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler,
- administrativa skydd: styrande och stödjande dokument och
- mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras.

Systematiskt arbete med NIS-direktivet

Nämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Inom nämndens ansvarsområde omfattas hälso- och sjukvård av NIS-direktivet. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är fortlöpande, följs upp kontinuerligt och utvecklas genom samverkan med nämndens informationssäkerhetssamordnare (ISAM).

Systematiskt arbete med GDPR

Förvaltningen har en övergripande funktion som ansvarar för efterlevnad av GDPR i nämndens verksamheter, dataskyddsombud (DSO). Verksamheterna har sammanställt listor över vilka dokument, som kan omfattas av regelverket kring GDPR, som används i verksamheterna och hur de används.

Skydd av nätverk

Stadens IT-system nås via trådlöst nätverk i verksamheten. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta är för att öka säkerheten för uppkoppling och generell skydd av data.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten på förvaltningsnivå:

- KLASSA informationssäkerhetsklassning utförs av förvaltningen där representanter från verksamheten deltagit i de system som verksamheten använder. MAS har deltagit i informationsklassningar av digitala system som berör hälso- och sjukvården. Arbetet med säkerhetsklassificering av information fortsätter
- säkra digitala möten
- säker e-posthantering internt och externt
- systematisk kontroll av behörigheter för vikarier
- kontroll av att personer/behörigheter tas bort från till exempel Vodok 2.0, nationell patientöversikt (NPÖ) Pascal, Proceedo och Symfoni/Menuett när personer slutat sin anställning
- loggkontroll av NPÖ, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- all personal har tillgång till och har genomgått stadens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Kontinuerliga loggkontroller har genomförts i dokumentationssystemet Vodok 2.0 för att upptäcka avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Samtliga verksamheter har genomfört loggkontroller utan avvikelser.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok 2.0 för analys och förbättringsåtgärder
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok 2.0
- delta vid verksamheternas hälso- och sjukvårdsmöten eller andra forum där flera yrkesgrupper deltar i diskussionerna om avvikelserna i ett lärande syfte
- stödja verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följa upp att lämpliga åtgärder vidtagits
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) och att återkoppla IVOs beslut till verksamheten. Nämndens sociala delegation delges dessa beslut i samband med ordinarie sammanträden
- Samverka intern med Lex Sara utredare och stötta med hälso- och sjukvårdsperspektiv.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Bemanning

Verksamheterna följer kraven som ställs på personaltäthet för verksamheter med demens- respektive somatisk inriktning. Samtliga verksamheter i egen regi har legitimerad sjuksköterska i verksamheten dygnet runt. För att ytterligare trygga patientsäkerheten har fler rehab personal anställts.



De entreprenörsdrivna verksamheternas scheman har enligt rutin granskats under året och samtliga utförare följer gällande avtal. Personaltätheten följs även upp i samband med QUSTA uppföljning och riskanalys inför sommar- och juledigheter.

Kompetensutveckling hos medarbetare

För att säkerställa kompetensen hos vårdpersonalen och möta nutidens och framtidens krav på hälso- och sjukvårdsinsatser har Norra innerstadens stadsdelsförvaltning fortsatt arbetat med Metodikum på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Metodikum ger äldreomsorgens medarbetare möjlighet att träna på kvalificerat omhändertagande och utveckla kliniska färdigheter i en anpassad miljö. Syftet med Metodikum är att öka medarbetarnas kompetens inom specifika utvecklingsområden anpassade till verksamhetens behov. Under 2026 fortsätter utvecklingen av Metodikum med mål att samtliga verksamheter i egen regi nyttjar lokalen. Kompetenshöjande insatser som sker följer verksamhetsplan på områdesnivå.

Verksamheter i egen regi genomfört Demenscentrums utbildning för stjärnmärkning. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som vänder sig till vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter och hemtjänst. Syftet med utbildningsmodellen är att ge medarbetare kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet med äldre med demenssjukdom.

Arbetet med införande av BPSD har fortsatt under året för att ytterligare stärka patientsäkerheten, individanpassa omvårdnaden och kunskapshöja medarbetare. I BPSD arbetar teamet kring den äldre och dennes individuella behov och förutsättningar. Målet med BPSD är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Projektet leds av förvaltningens demenskoordinator och MAS/MAR stöttar.

I samtliga vård- och omsorgsboenden finns palliativa ombud för att trygga den palliativa processen. Under året har de flesta av dem genomfört utbildningar som anordnas av Palliativt kunskapscentrum Region Stockholm (PKC). PKC har i uppdrag att sammanställa aktuell forskning, utbilda samt driva palliativa frågor. Rollbeskrivning för palliativa ombud används i verksamheterna för att stärka rollen och bidra till ett jämlikt arbetssätt i stadsdelens verksamheter i egen regi. Under året har stadsdelsövergripande nätverksträff för palliativa ombud genomförts med bland annat en föreläsning om HBTQI+ perspektivet i den palliativa vård och omsorgen.

Förvaltningen genomför punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHKR) för personal i vård- och omsorgsboenden två gånger per år. Resultatet från mätningarna presenteras i samband med nätverksträff för hygienombud som leds av stadsdelens AKA/verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård. På nätverksträffarna ges föreläsning och information från vårdhygien Stockholm. Stadsdelens AKA och MAS har ett nära samarbete med vårdhygien Stockholm. Under året har en kartläggning gjorts av verksamheternas hygienarbete och vårdhygienisk egenkontroll genomförs (VEK) i samtliga verksamheterna för att ytterligare belysa området. Resultatet av VEK används i verksamhetens utvecklingsarbete. Under höstterminen användes äldreförvaltningens mall för insamling av PPM BHKR.

Punktprevalensmätning (PPM) genomförs även över vårdindikatorerna nutrition, trycksår, fall, inkontinens och munhälsa. Under året har mallen reviderats och nya frågor används i PPM hösten 2025 med bland annat kartläggning över användning av GLIM (Global

Leadership Initiative on Malnutrition). GLIM är en strukturerad internationell standard och konsensuskriterier för att diagnosticera undernäring hos vuxna. Syftet med PPM är att verksamheterna själva synliggör sina utvecklingsområden och är även en insamlingsmetod för rådata över vårdkvalitet. Norra innerstaden i samarbete med Södermalm och Kungsholmen har utformat ett eget instrument för att fortsätta mätningar som bidrar till vidareutveckling. Samarbetet mellan stadsdelsförvaltningarna är en del av gemensam kompetensutveckling och säkerställande av jämlika arbetssätt och processer.

Kunskap är en färskvara och därför behöver verksamheterna arbeta kontinuerligt med fortbildning. Norra innerstaden har flera nätverk för medarbetare med syfte att utveckla kompetens och kunskap. Nätverk är även ett sätt att främja samarbetet mellan verksamheter i egen regi. Nätverken träffas kontinuerligt under året. Verksamheterna i egen regi har under året arbetat aktivt med bland annat utbildning, ombudsroller och nätverksdeltagande för att stärka patientsäkerhetsarbetet och öka Norra innerstadens attraktivitet som arbetsgivare. Under året har en kartläggning över antal undersköterskor i stadsdelens genomförts. Projektledare för kartläggningen har stöttas kvalificerade att söka skyddad yrkestitel och planerat satsningar för medarbetare som saknar tillräckligt med poäng att söka skyddad yrkestitel uppnår genom utbildning kraven att söka.

Den äldre och närstående som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för god och säker vård är delaktighet, information och respekt till individens självbestämmande. Den äldre och dennes närstående har rätt att i möjligaste mån delta i utformandet av vårdens riktning. När den äldre och dennes närstående involveras ökar förtroendet och tilliten till vårdgivaren.



MAS och MAR har en rådgivande funktion för den äldre och närstående. Vid utredningar av allvarliga händelser inhämtas den äldres och/eller närståendes perspektiv på händelsen. Den äldre och närstående delges även information om vad utredningen kommer fram till.

I samband med QUSTA efterfrågas den äldres och dennes närståendes deltagande för att säkerställa att verksamheterna bedriver vård- och omvårdnad där delaktighet sätts i centrum.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

MAS och MAR arbetar systematiskt med att granska och följa upp kvaliteten i förvaltningens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar. Det systematiska arbetet består av punktprevalensmätningar, analys av egenkontroller, QUSTA, granskningar och utredningar av avvikelser. MAS tar även del av rapporter från externa läkemedelsgranskningar och resultat från läkarorganisationerna bland annat resultat av läkemedelsgenomgångar och vaccinationer.

Syftet är att identifiera utvecklingsområden där stöd eller riktande insatser behövs för att säkra kvaliteten men även att lyfta verksamhetens styrkor. Granskade områden presenteras i fyra delar: mål, resultat, åtgärder och uppföljning av åtgärd.

Läkemedelshantering

Mål: i enlighet med HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska verksamheter som hanterar

läkemedel genomgå regelbunden extern kvalitetsgranskning. Syftet är att säkerställa att läkemedelshanteringen sker enligt gällande regler och föreskrifter. Målen i verksamheterna är:

- följsamhet till läkemedelsrutinen
- följsamhet till delegeringsrutinen samt att delegering sker säkert
- att patienterna får sina ordinerade läkemedel
- att snabbt upptäcka om narkotika försvinner i verksamheten

Resultat: extern kvalitetsgranskning har genomförts på alla verksamheter.

Kvalitetsgranskningen utförs av legitimerad farmaceut från Apoteket AB. För verksamheter som drivs i egen regi har MAS deltagit på uppföljningen. För entreprenörsdrivna verksamheter har MAS tagit del av rapporten.

Vård- och omsorgsboenden visar överlag god följsamhet till läkemedels- och delegeringsrutiner. Samtliga granskade verksamheter har följt upp brister som framkommit under föregående års granskning. Vid granskning 2026 följs åtgärdsplan för 2025 upp.

Brister som har noterats är bristande följsamhet till rutin när diskrepans uppmärksammas i narkotikajournal och antal av narkotikaklassade läkemedel, följsamhet till rutin vid administrering av läkemedel och datummärkning av öppna originalförpackningar. Förvaring av läkemedel sker enligt föreskrifter och läkemedelsrummen är lättöverskådliga och över lag sker läkemedelshanteringen på verksamheterna i enlighet med HSLF-FS 2017:37. I samband med QUSTA följs läkemedelshantering upp ytterligare. Verksamheter i Norra innerstaden fortsätter arbeta vidare med patienten och närståendes delaktighet i läkemedelshanteringen.

Appva digital signering möjliggör löpande egenkontroller och utvecklingsområdet signering direkt vid överlämnade av ordinerad dos har uppmärksammas i samtliga verksamheter i egen regi.

Under 205 har inköp och installation av läkemedelsskåp med spårbara digitala lås gjorts. Spårbarheten möjliggör utredning vid läkemedelssvinn, ofullständig administration och/eller signering och säkerställa att endast behöriga har tillgång till läkemedel. En händelse av narkotikasvinn har skett under året. Narkotikasvinn i förvaltningens verksamheter i egen regi har polisanmälts, utretts intern och i samarbete med berörd leverantör av bemanningstjänster. Vid narkotikasvinn upprättas handlingsplan och adekvata åtgärder sätts in som exempelvis tätare kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel.

Samtliga medarbetare i förvaltningen verksamheter i egen regi som delegerats eller förnyat sin delegering har genomgått digital utbildning i läkemedelshantering genom Apoteket AB. Delegeringsutbildningen är digital och tar ungefär fyra timmar att genomföra. Innehållet är kvalitetsgranskad och uppdatering görs av Apoteket AB. Sedan årsskiftet 2024/2025 har stadsdelen gått in i gemensamt avtal för Stockholms stad för inköp av utbildning via Apoteket AB.

Under 2025 genomfördes PPM läkemedelshantering i Norra innerstadens verksamheter i egen regi. Sammanlagt granskades 775 skåp på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende, Kampementet vård- och omsorgsboende, Rio vård- och omsorgsboende och Kattrumpstullen vård- och omsorgsboende. Året innan granskades 798 skåp (85 % av alla patientbundna läkemedelsskåp) och resultaten är därmed jämförbara.

Mål: Läkemedelshanteringen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Läkemedelsskåp ska vara låsta så att vårdtagare och obehöriga inte får tillgång till läkemedel, läkemedelslistan ska vara uppdaterad och signeringslistan ska stämma överens med ordinationshandling och originalförpackningar ska alltid märkas upp med datum för öppnande och ordinerade läkemedel ska finnas i läkemedelsskåpet.

Resultat: Från 2024 års granskning till årets granskning har förbättringar skett i hur verksamheten hanterar läkemedel och följsamheten till riktlinje läkemedelshantering. Appva har implementerats i samtliga verksamheter vilket gör att endast legitimerad sjuksköterska kan ändra instruktioner i signeringslistan, ändra läkemedeltider och lägga till/ta bort insatser därmed finns 2025 inga otydliga eller handskrivna instruktioner på signeringslistan. Förbättring ses även i andelen originalförpackningar uppmärkta med datum vilket har ökat sedan mätning 2024. Signeringslista och ordinationshandlingar stämmer överens i 96 % av granskade skåp och 95 % av ordinationshandlingar är utskrivna inom för mindre än 6 månader sedan.

Uppföljning: MAS stöttar enhetschefer att säkerställa följsamhet till riktlinje läkemedelshantering och lokala rutiner för läkemedelshantering. Extern granskning av läkemedelshantering och PPM läkemedelshantering analyseras och handlingsplan upprättas i verksamheterna. Uppföljning sker i samband med QUSTA 2026, avstämning med Appva Vitec och avstämning med enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar.

Läkemedelsgenomgång

HSLF-FS 2017:37, Föreskrifter om läkemedelsgenomgångar 11 kap. 11 §

Uppdragsbeskrivning 2022-06-22, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm

Läkarorganisationerna ansvarar för den medicinska vården av äldre på vård- och omsorgsboende som är listade som patienter hos läkarorganisationen. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB eller Capio Legesvisitten som förvaltningens verksamheter i egen regi har samarbete med är ansvariga för läkemedelsgenomgångar som ska utföras minst en gång per år. Enligt vårdval har den äldre rätt att behålla eller välja en annan husläkare vid flytt till vård- och omsorgsboende som då har ansvar för den årliga läkemedelsgenomgången. Förskrivande läkare är ålagd att kontinuerlig följa upp förskrivna läkemedel och utvärdera behovet.

Mål: i enlighet med HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgång ska verksamheter verka för och säkerställa att läkemedelsgenomgångar görs i stadens vård- och omsorgsverksamheter.

Resultat: läkemedelsgenomgångar genomförda av Capio Legesvisitten på Rio vård och omsorgsboende och Katrumpstullen vård- och omsorgsboende låg på 100 %. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB genomförde 100 % av planerade årlig läkemedelsgenomgång på Sabbatsberbyns vård- och omsorgsboende, Väderkvarnen vård- och omsorgsboende och Kampementen vård- och omsorgsboende. Målsättningen för regionens vårdgivare är att 95 % av läkemedelsgenomgångar genomförs årligen. Sammanställning av antal genomförda läkemedelsgenomgångar rapporterades till MAS.

Uppföljning: resultat följs upp av MAS och företrädare för respektive läkarorganisation.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som kan drabba den äldre om vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för den äldre ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering bidrar till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan förstärkas. En utmaning är att stärka medarbetarnas roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och säkerställa att avvikelser rapporteras. För att nå en ökad rapportering behöver verksamheterna fortsätta arbeta med patientsäkerhetskultur och kommunikation inom teamet.

Mål: att verksamheter systematiskt arbetar med avvikelser och analyserar händelseförlopp för att främja arbetssätt och processer med syfte att minska risken för vårdskador.

Verksamheterna behöver främja en patientsäkerhetskultur där samtliga professioner är delaktiga i det förebyggande arbetet. När en avvikelse inträffar rapporteras avvikelsen till verksamheten, MAS och MAR samt följs systematiskt upp i vårdteamet.

Resultat: Under 2025 har en avvikelse utretts och rapporterats till IVO enligt Lex Maria. Anmälan är avslutad utan åtgärd från IVO.

Åtgärd: Inrapporterade avvikelser från verksamheter i egen regi följs kontinuerligt upp av MAS och MAR i Vodok 2.0. MAS och MAR har regelbunden dialog och återkoppling till verksamheterna. Efter analys av avvikelser begär MAS fördjupad utredning och av verksamhet upprättad handlingsplan som följs upp. I samband med att avvikelse anmäls enligt Lex Maria upprättas en handlingsplan. Verksamheterna har agerat i enlighet med handlingsplanen och genomfört satsningar inom området dokumentation och journalvård samt haft kompetenshöjande satsning för berörd personal.

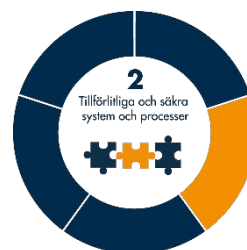
Under 2025 har kvalitetsråd genomförts där områdeschefer, representant från verksamhetens ledning, verksamhetscontroller och MAS deltar med syfte att på övergripande nivå analysera och stärka patientsäkerheten utifrån verksamheternas utvecklingsområden.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i verksamheterna med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningarna genomfördes vid olika perioder under året.

Uppföljningen innefattar frågor som rör organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden. Samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention och behandling för nutrition, fall, trycksår samt palliativ vård ingår i QUSTA. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal som presenterar verksamhetens resultat och analys av egenkontroller. En viktig del av uppföljningen är att lyfta verksamhetens styrkor och utvecklingsområden. Resultatet bedöms av MAS och MAR och återkopplas till verksamheten som en rapport.



Resultat: Uppföljningarna har visat på att verksamheterna har förutsättningar för att bedriva en god och säker vård. Inom områdena läkemedelshantering, delegering, medicintekniska produkter, palliativ vård och vårdhygien når alla verksamheterna upp till en hög nivå. Övriga områden är överlag godkända men det finns utvecklingsområden. Gemensamma utvecklingsområden är dokumentation, registrering i kvalitetsregister och inkontinensområdet samt psykisk ohälsa bland äldre. Samtliga verksamheter behöver även utveckla arbetet med systematisk avvikelshantering. Resultatet i QUSTA samstämmer med övriga mätningar och granskningar som genomförts under året. QUSTA har genomförts i samtliga verksamheter i Norra innerstaden.

Åtgärd: verksamhetsutvecklare, MAS och MAR stöttar cheferna i att utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens processer genom att delta vid olika möten med legitimerad personal, stödja i framtagandet av lokala rutiner, begära in egenkontroller, erbjuda utbildning för legitimerad personal. Förvaltningen behöver fortsätta med tidigare kompetenshöjande satsningar för att fånga upp symtom på psykisk ohälsa (Mental Health First Aid, MHFA) och hantera dessa utifrån professionen. Under året har utbildning i ibland annat kontinensvård, palliativ vård och HBTQI+ perspektivet, förändrat hälsotillstånd och systematiskt överrapportering genomförts. För registrering i nationella kvalitetsregister ska verksamheter i egen regi fokusera på Palliativregistret och BPSD.

Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärder sker vid nästa QUSTA uppföljning. MAS och MAR genomför även anmälda och oanmälda besök i verksamheterna för att kontrollera följsamhet till rutiner och arbetssätt.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård. Allt väsentligt kring den äldres vård ska dokumenteras. Journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren. Språkbruket ska vara sakligt och neutralt. Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger per år från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför även stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårds dokumentation i verksamheter som drivs i egen regi. Entreprenörsdrivna verksamheter utför egna stickprovsgranskningar och återkopplar resultat med analys till MAS och MAR.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer. Hälso- och sjukvårdens processer ska tydligt framgå och den äldres önskemål och behov finns dokumenterat.

Resultat: hälso- och sjukvårdsjournaler har till stor del grundfakta som krävs men det saknas ofta hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd kopplade till bedömt behov eller risk med tydliga åtgärder och uppföljning. Stor variation finns i språkbruk och ord som kan väcka anstöt hos patienten och/eller närstående förekommer.

Åtgärd: dokumentationshandledare som finns i verksamheterna ska fortsätta utbilda nya medarbetare och ge stöd för vidareutveckling av övriga medarbetare. Verksamheterna behöver utöka antal dokumentationshandledare för säkerställa tillgänglighet. MAS och MAR genomför riktade kontroller av dokumentation på specifikt område bland annat vikt, riskbedömningar och kartlagt hälsotillstånd. MAS granskar journaler och återkopplar fynd till enhetschef för vidare hantering och upprättande av handlingsplan. MAS föreläser och informerar om språkbruk och hur legitimerad personal ska dokumentera enligt föreskrift, riktlinjer och lag.

Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärd sker genom verksamheternas egenkontroller och stickprovskontroll som görs av MAS och MAR. MAS och MAR återkopplar till verksamhet resultat, ger stöd vid analys och följer upp åtgärdsplaner. Processhandledare genomför riktade granskningar och återkopplar resultat till MAS, MAR och verksamheterna.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – punktprevalensmätning vårdindikatorer

Uppföljning av hälso- och sjukvård och patientsäkerhet genomförs i samtliga verksamheter två gånger per år under vecka 10 och vecka 36 med syfte att kartlägga och analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet. Uppföljningen ska även stärka verksamheternas arbete inom området vårdprevention genom att tydliggöra utvecklingsområden. Under året har större förändringar gjorts i PPM vårdindikatorer vilket gör att vårens och höstens mätningar inte är jämförbara. Jämförelse görs därför mellan resultat från hösten 2025 och våren 2025. Nya mallen för PPM vårdindikatorer omfattar flera områden och frågor för att underlätta verksamhetens egenlärande, lyfta utvecklingsområden och stärka planering för förbättringsinsatser.

Riskbedömningar ska göras inom 14 dagar från inflyttning till vård- och omsorgsboende, om uppenbara risker noteras vid inflytt ska riskbedömningar genomföras snarast.

Riskbedömningar ska inte vara äldre än 6 månader. Ny bedömning görs när den äldres tillstånd och hälsa förändras. I samarbete med Kungsholmen och Södermalm har beslut tagits av MAS och MAR att riskbedömningar ska göras minst var 6:e månad och vid förändrat hälsotillstånd. Vid identifierat behov ska riskbedömningar i Norra innerstaden genomföras var 3:e månad.

Kartläggning görs med ett formulär där verksamheterna rapporterar genomförda riskbedömningar. Kartläggningen innefattar även statistik över dokumenterade hälsoplaner kopplade till bedömd risk. Punktprevalensmätningen ger en tvärsnittsbild över hälso- och sjukvårdens kvalitet, användning av standardiserade bedömningsinstrument och kopplade åtgärder. Vårdindikatorer som granskas är:

- blåsdysfunktion enligt Nikola, 8 frågor varav en berör aktuella rutiner
- skyddsåtgärder, 6 frågor
- vårdprevention: riskbedömning enligt Norton, MNA (Mini Nutritional Assessment), ROAG (Revised Oral Assessment Guide), DFRI (Downton Fall Risk Index) samt GLIM.

Hösten 2025 utökas frågor till att omfatta:

- antal patienter med förskrivna nutritionsbehandling
- antal patienter med ordinerad näringsdryck
- antal patienter med energiberikad kost
- antal patienter med dysfagi
- antal patienter med dysfagi som fått en logopedbedömning
- antal patienter med konsistensanpassad kost
- antal patienter med trycksår uppdelat på uppkommen i egen verksamhet/importerad, grad av vävnadsskada
- totalt antal förskrivna behandlande madrasser
- antal patienter med diabetesfotsår
- totalt antal patienter på demensavdelning
- antal patienter registrerade i BPSD
- antal patienter som har en aktuell bemötande och kommunikationspoäng

- antal patienter med NPI-poäng uppdelande i tre kategorier.

Under året har Väderkvarnen vård- och omsorgsboende och Rio vård- och omsorgsboende implementerat användning av GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), fortsatt implementering i resterande verksamheter fortsätter under nästkommande år. Arbetet leds av förvaltningens dietister. MAS och MAR stöttar införandet och upprättar dialog med läkarorganisationerna för att stärka teamarbetet inom området nutrition. GLIM diagnoskriterier används för att diagnosticera graden av undernäring. GLIM processen börjar med bedömning av risk för undernäring med validerat screeninginstrument (MNA) därefter sammanställs utredningskriterierna ofrivillig vikt förlust, låg kroppsmasseindex (BMI), reduktion av muskelmassa, minskar näringsintag/minskad digestion/minskad absorption och inflammationsprocess för att fastställa diagnos och svårighetsgraden av undernäring. Norra innerstaden är först ut i Stockholms stad med införande av GLIM men verktyget används idag i slutenvården.

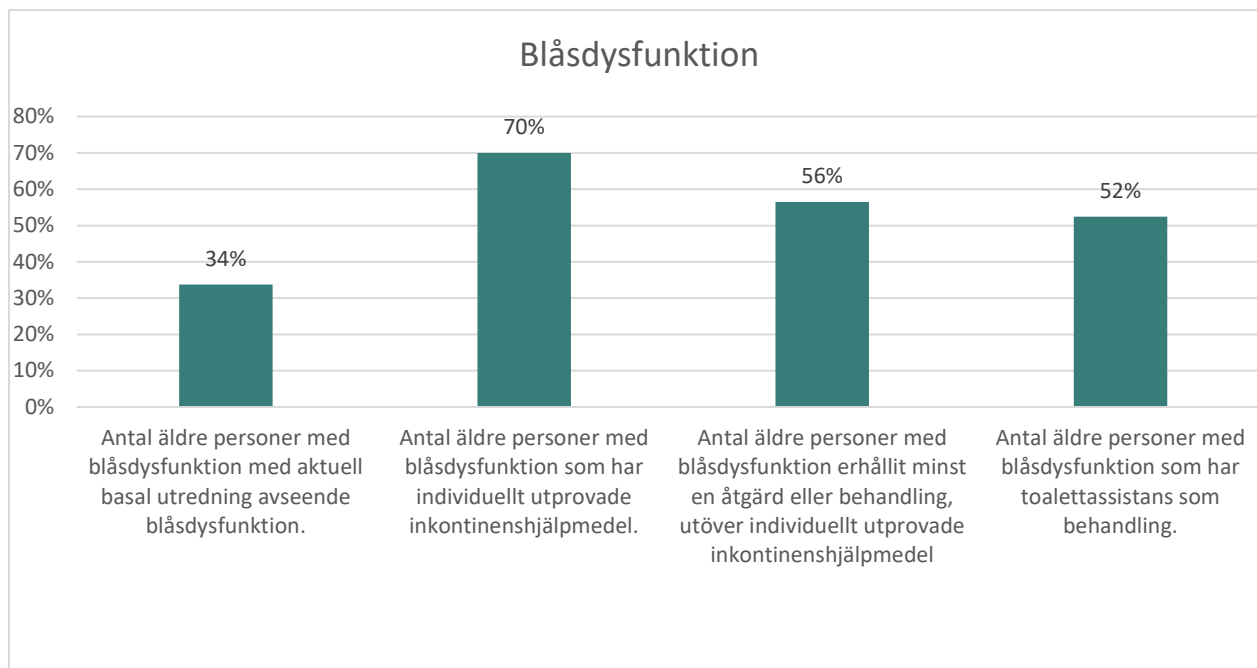
Blåsdysfunktion

Verksamheterna ansvarar för basal utredning av blåsdysfunktion. Utredningen används sedan för omvårdnadsåtgärder kopplade till individens behov. Arbetet med att förebygga blåsdysfunktion innebär att stödja personen och ta tillvara på egna resurser. Individuellt anpassade vård- och omsorgsinsatser utformas för att bibehålla kontinens, förebygga, lindra eller bota blåsdysfunktion och motverka förekomst av komplikationer orsakade av inkontinens. För att verksamheterna ska kunna erbjuda och genomföra personcentrerad vård samt individuell förskrivning behövs kompetens hos vårdgivaren. Riskbedömning av blåsdysfunktion ingår i bedömningar som görs i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert.

Mål: att alla boende på vård- och omsorgsboende har en aktuell (inte äldre än 6 månader) blåsdysfunktionsbedömning. Minska förekomsten av kvarliggande kateter om dokumenterad indikation saknas. Samtliga med bedömd blåsdysfunktion har individuellt ordinerade åtgärder och utprovade hjälpmedel.

Resultat: PPM vårdindikatorer genomfördes vecka 10 på samtliga stadsdelens verksamheter. Totalt innefattades 583 patienter. 2025 hade 46 patienter (ca. 8 %) kvarliggande urinkateter (KAD) jämfört med 2024 då 48 vårdtagare behandlades med KAD. Av totalt 46 patienter hade 44 en dokumenterad indikation i 2025 års mätning.

Nedan redovisas resultat av antalet äldre personer med en dokumenterad blåsdysfunktion, totalt 393 patienter, motsvarande 34 % av alla patienter boende på stadsdelens vård- och omsorgsboende under vecka 10. Av 393 patienter hade 70 % individuellt utprovande hjälpmedel, 56 % hade minst en ytterligare åtgärd/behandling utöver förskrivna inkontinenshjälpmedel och 52 % hade toalettassistans som åtgärd.



Åtgärd: MAS och MAR följer upp verksamheternas resultat och stöttar i utvecklingsarbetet. Utbildningsinsatser för legitimerade sjuksköterskor i kontinensvård, utredning och förskrivning genomfördes under året och arbetet fortsätter under nästkommande år för baspersonal.

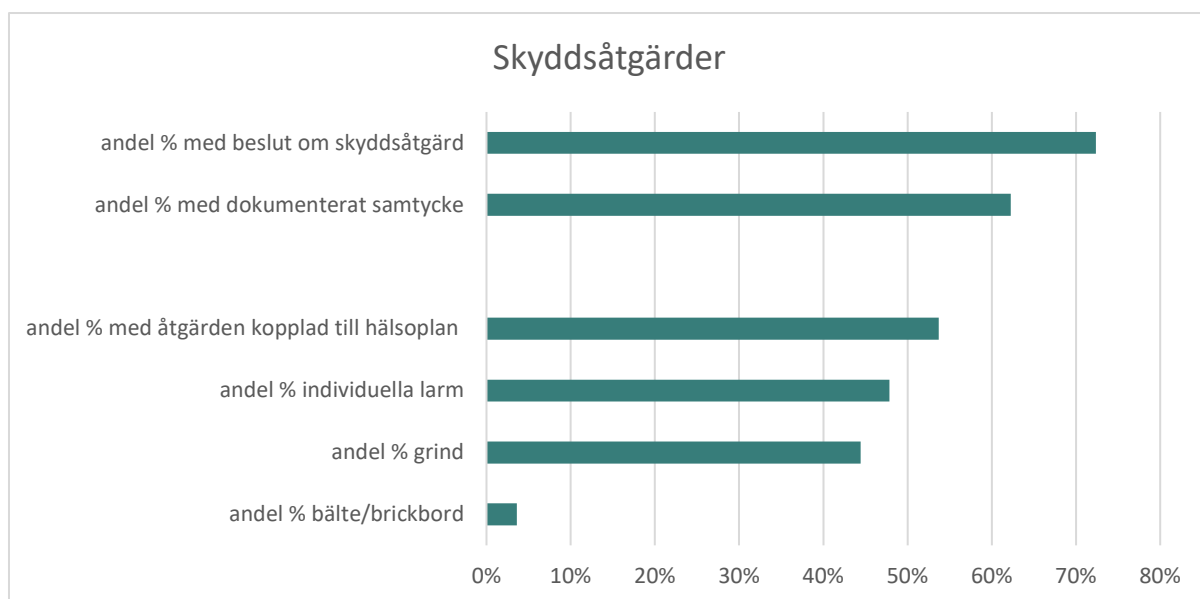
Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärder sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning av vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR.

Skyddsåtgärder

Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt regelverk inte tillåtet i vård- och omsorg. Undantag från regelverket finns för nödsituationer. Skyddsåtgärder som används inom äldreomsorgen ska dokumenteras och samtycke skall inhämtas från den äldre och följas upp kontinuerligt. Skyddsåtgärder som används inom kommunal verksamhet är larm, sänggrindar, bälte, brickbord och grensele. Skyddsåtgärder får inte användas för att begränsa den äldre men får användas som skydd när den äldre samtycker till åtgärden. Syftet med skyddsåtgärden ska alltid vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den äldre. Punktprevalensmätningen av skyddsåtgärder avser förutom kartläggning, även att stimulera till användning av alternativa lösningar som inte innefattar en fysisk begränsning av personen.

Mål: alla som har en dokumenterad skyddsåtgärd ska ha ett dokumenterat samtycke till användning av skyddsåtgärden. Minska användning av skyddsåtgärder genom att stimulera verksamheterna till analys och reflektion samt minska användning av skyddsåtgärder.

Resultat: Norra innerstadens verksamheter har totalt 72 % individuella beslut om skyddsåtgärder vilket motsvarar 422 vårdtagare av dessa hade 62 % dokumenterat samtycke. 48 % av skyddsåtgärder avsåg larm (rörelselarm, larmmatta), 44 % avsåg grind och 4 % avsåg bälte, grensele eller brickbord.



Åtgärd: stödja verksamheter i teamarbete och involvera samtliga professioner genom dialog, stöd till chefer och kompetenshöjande insatser bland annat med föreläsningar och handledning. Verksamheterna ska lägga fokus på samtycke och dokumentation kring samtycke och säkerställa den äldres och närståendes delaktighet i ordination av skyddsåtgärd.

Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR. Uppföljning sker även i samband med QUSTA när den äldres delaktighet och samtycke tas upp.

Trycksår och bedömd risk enligt Norton

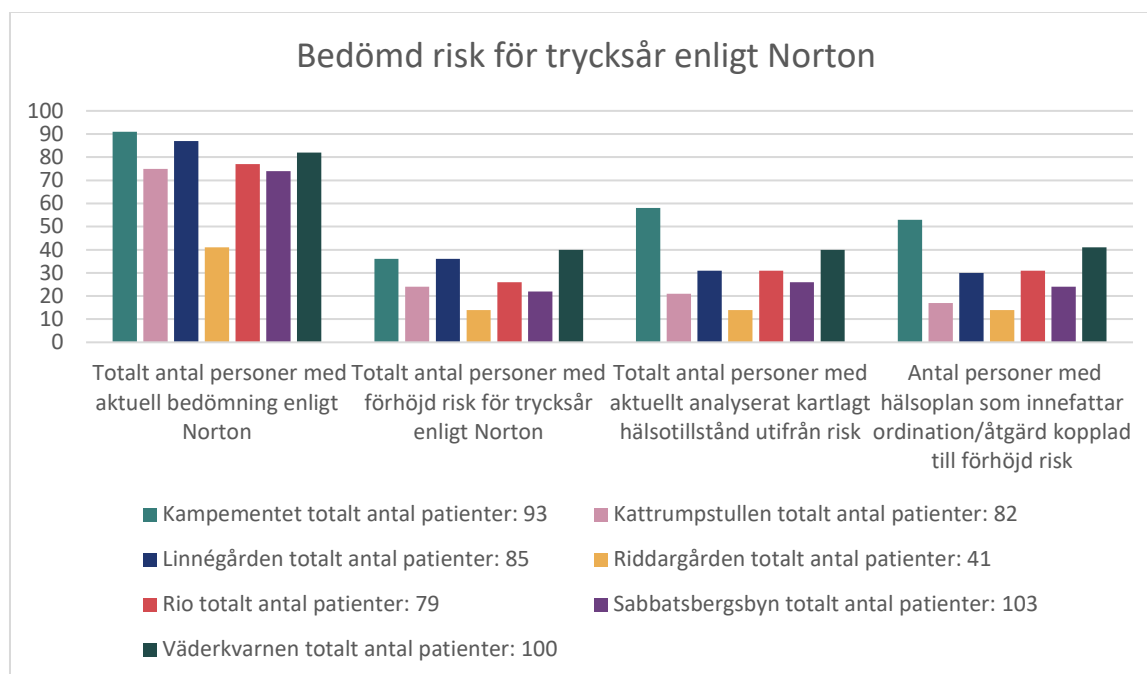
Trycksår orsakas av att cirkulationen i ett område av huden har försämrats på grund av tryck. Ett trycksår kan uppstå inom ett par timmar och orsakar stort lidande för den drabbade. Trycksår är vanligt bland äldre med nedsatt rörlighet och undernäring. I de flesta fall är det möjligt att förhindra uppkomst av trycksår genom individanpassade åtgärder som sätts in i god tid. För att åtgärder skall sättas in i god tid behöver risk för trycksår upptäckas i tidigt skede. I stadsdelen används det standardiserade riskbedömningsinstrumentet Nortonskalan. Riskbedömning enligt Nortonskalan ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert.

Trycksår graders enligt skalan: grad 1 – hel hud med lokaliserad rodnad som inte bleknar vid tryck, grad 2 – delhudsskada i överhuden med blåsa eller avskavning av hud, grad 3 – fullhudsskada som omfattar hud eller underhudsvävnad som går ner till stödjevävnad (utan kavitet), grad 4 – omfattande skada, vävnadsdöd eller skada av muskler, ben eller stödjande struktur, icke klassificerbart trycksår – sår djup är okänt exempelvis vid vävnadsdöd.

Mål: att alla boende på vård- och omsorgsboende har en dokumenterad riskbedömning enligt Norton. Vid förhöjd risk eller risk skall en dokumenterad hälsoplan med åtgärder finnas. Förekomst av trycksår grad 2 eller över som uppkommit i vård- och omsorgsboenden skall minskas till 0.

Resultat: antal patienter på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden var 583. I snitt hade 71 % motsvarande 413 personer en aktuell bedömning av risk för uppkomst av trycksår enligt Norton. Totalt hade 17 % av patienterna en förhöjd risk för uppkomst av trycksår. 90% av

patienterna med förhöjd risk enligt Norton hade ett aktuellt analyserat kartlagt hälsotillstånd. Andelen äldre med hälsoplan innefattande ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk var 76 %. I diagrammet redovisas resultat från PPM uppdelat per verksamhet i antal personer.

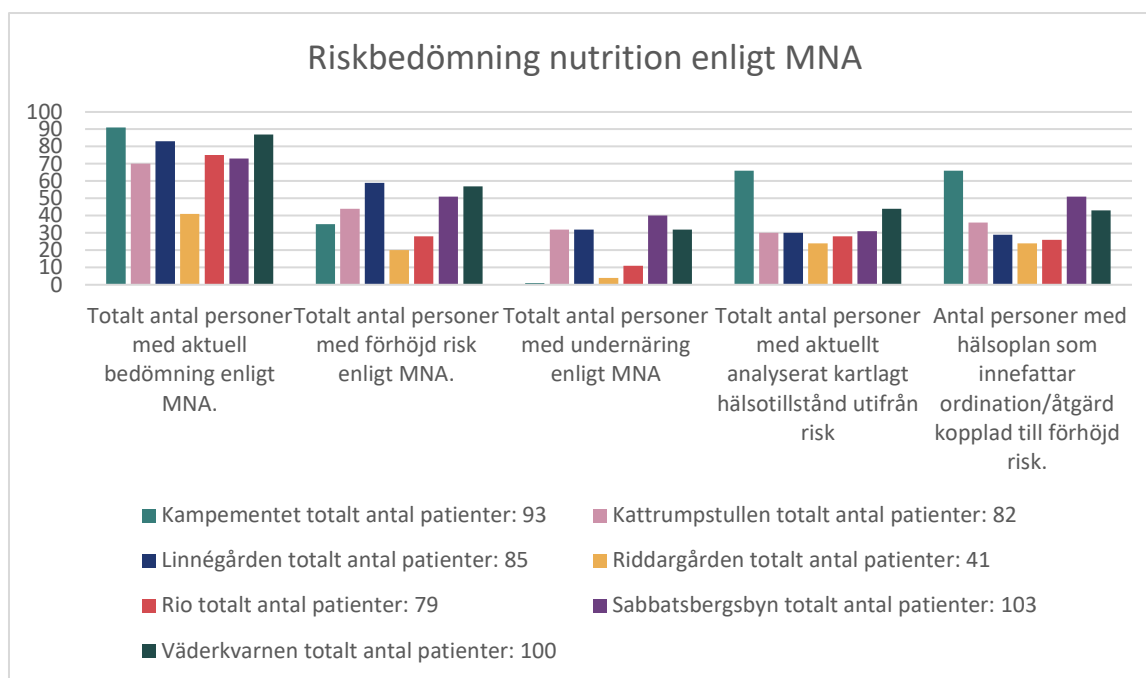


Åtgärd: Verksamheterna arbetar aktivt med teamarbete, handledning och utbildningssatsningar. MAS och MAR fortsätter stödja verksamheter och chefer på vård- och omsorgsboenden för att stärka teamarbetet kring trycksårsförebyggande åtgärder och kartlägga verksamheternas fortsatta behov och stöd vid insatser.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och efterföljande åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR. I samband med QUSTA följs verksamheternas trycksårspreventiva arbete upp. MAS och MAR gör stickprov i Vodok 2.0 och SeniorAlert för att följa upp att riskbedömning enligt Norton genomförs. Utifrån fynd upprättas åtgärdsplan.

Nutritionstatus enligt MNA

För att identifiera, bedöma, diagnostisera och behandla nutritionsproblem hos äldre krävs en strukturerad vårdprocess. I riskbedömningen uppmärksammas oavsiktlig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt. Samtliga tillstånd har stark vetenskaplig evidens avseende risk för ogynnsamt vårdförlopp. Bedömningspunkterna rekommenderas i Socialstyrelsens kunskapsstöd om att förebygga och behandla undernäring. Nutritionstatus bedöms med bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment). MNA används i förvaltningens vård- och omsorgsboenden och genomförs av legitimerad sjuksköterska. MNA används som stöd för att bedöma den äldres näringstillstånd och identifiera äldre som är eller riskerar att bli undernärda. Riskbedömning med MNA ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert.



Mål: alla boende på vård- och omsorgsboende har en dokumenterad riskbedömning enligt MNA. Vid risk för undernäring eller vid undernäring finns en dokumenterad hälsoplan med åtgärder. Vid behov av dietist finns en dokumenterad kontakt med rekommendationer.

Resultat: antal belagda platser på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden var under året 583. I snitt hade 89 % motsvarande 520 personer en aktuell bedömning av risk för undernäring enligt MNA. Totalt hade 50 % personer en förhöjd risk för undernäring och 26 % av dessa personer var undernärda enligt MNA. Av personer med en förhöjd risk eller undernäring hade 57 % ett aktuellt analyserat kartlagt hälsotillstånd och 62 % hade en hälsoplan som innefattade ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk. I diagrammet redovisas andelen personer på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden som hade en förhöjd risk för undernäring eller var undernära enligt MNA. I diagrammet redovisas resultat från PPM uppdelat per verksamhet i antal personer.

Åtgärd: Stötta verksamheter och chefer i vård- och omsorgsboenden för att stärka teamarbetet kring nutrition med stöd av förvaltningens dietister. MAS och MAR har nära samarbete med förvaltningens dietister, följer tillsammans upp resultat kopplade till nutrition och undernäring och följer upp verksamheternas i utvecklingsarbetet kring nutrition, undernäring samt mat och måltider.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och åtgärdsplanen som verksamheten skickar in till MAS och MAR. Fortsatt samarbete med förvaltningens dietister kring verksamheternas behov och utvecklingsområden.

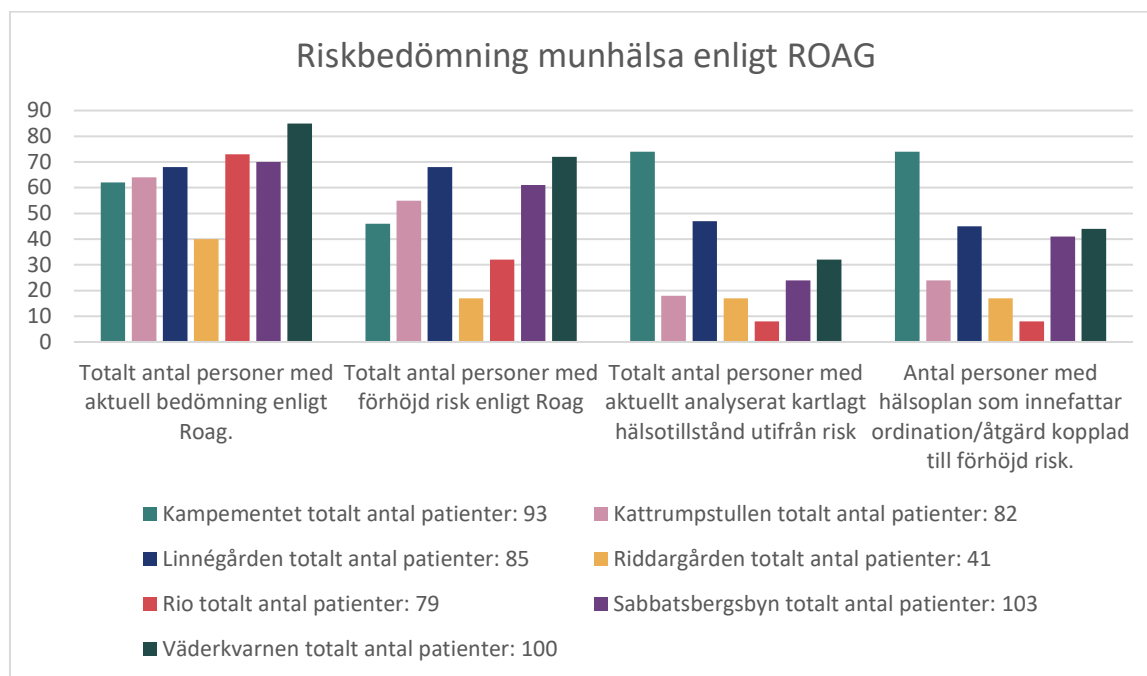
Munhälsobedömning

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att sköta den egna munvården. Vid bedömning av munhälsa på vård- och omsorgsboenden används bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Bedömning enligt ROAG ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert. ROAG är ett verktyg att uppmärksamma munhälsa inom vård- och omsorg och ett sätt att öka

samarbetet med tandvården. Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: att alla inom förvaltningens verksamheter erbjuds munhälsobedömning en gång per år enligt avtal med Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning enhet för tandvård. Samtliga äldre på vård- och omsorgsboenden har en dokumenterad bedömning enligt ROAG. Vid bedömd ohälsa i munhåla finns en dokumenterad hälsoplan med åtgärder.

Resultat: Stadsdelsövergripande resultat för riskbedömning enligt ROAG för Norra innerstaden visar att 91 % motsvarande 453 personer på vård- och omsorgsboenden hade en aktuell bedömning enligt ROAG 2025. Av dessa hade 66 % en förhöjd risk för ohälsa i munhåla och 74 % hade en aktuell hälsoplan kopplad till risk. I diagrammet redovisas resultat från PPM uppdelat per verksamhet i antal personer.



Åtgärd: MAS och MAR följer upp och ger stöd till verksamheterna för att öka antalet utförda och dokumenterade riskbedömningar enligt ROAG. Avtalade tandvårdutförare tillhandahåller utbildningar för nyanställda medarbetare för att säkerställa en god munvård. MAS samverkar med regionens tandvårdsenhet.

Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR.

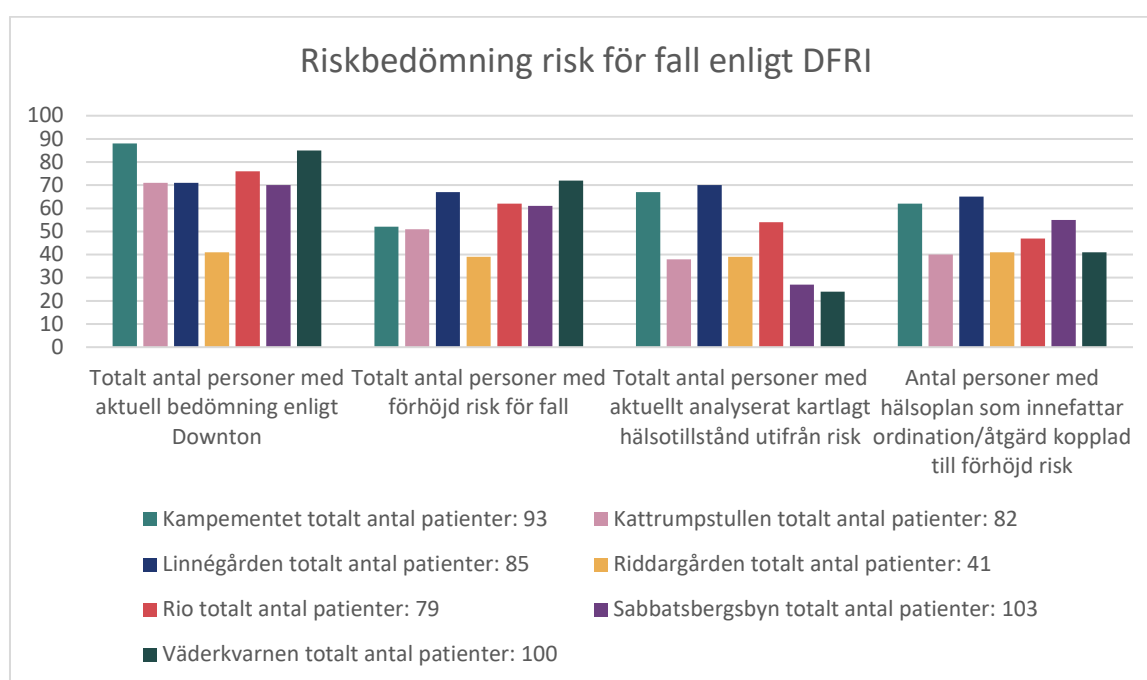
Fallprevention

Fall och dess konsekvenser utgör en stor hälsofara för den äldre. Även fall som inte resulterat i kroppsskada kan ge försämrad livskvalitet till följd av rädslan för upprepat fall. Fall kan orsaka skador såsom frakturer, skallskador, sår och i värsta fall dödsfall. I äldreomsorgen skall fall ses som ett eventuellt symptom på sjukdom eller biverkan av läkemedel tills att motsatsen bevisats. Ökad mängd läkemedel ökar risken för fall, vilket gör att

läkemedelsgenomgångar och kontinuerlig uppföljning av nya ordinationer är av stor vikt. Mätinstrumentet DFRI (Downton Fall Risk Index) används för att identifiera äldre med ökad risk för fall. DFRI ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert.

Mål: samtliga äldre som bor på förvaltningens vård- och omsorgsboenden har en dokumenterad bedömning enligt DFRI. Vid risk för fall finns en dokumenterad hälsoplan med åtgärder för att minska risken för fall.

Resultat: Stadsdelsövergripande resultat för riskbedömning enligt DFRI visar att 86 % av patienter på vård och omsorgsboende i Norra innerstaden har en aktuell riskbedömning enligt DFRI motsvarande 502 personer. Av dessa har 80 % en förhöjd risk för fall och 87 % av patienter med förhöjd risk för fall har dokumenterade ordinationer/åtgärder för att minska risken för fallolycka. I diagrammet redovisas resultat från PPM uppdelat per verksamhet i antal personer.



Åtgärd: MAS och MAR följer upp och ger stöd till verksamheter för att stärka teamarbetet för att hantera och förebygga fall. MAS och MAR erbjuder kompetenshöjande insatser efter verksamheternas behov.

Uppföljning av åtgärd: MAR tar del av registrerade fallavvikelser veckovis, genomför analys och återkopplar till verksamheterna. Vid behov begärs åtgärdsplaner in som följs upp systematiskt. Uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer, och efterföljande åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR.

Vaccinationer

Under 2025 har MAS samarbetat med läkarorganisationerna för att öka vaccinationstäckning i verksamheter i egen regi. Information om vaccinationsperioder, beställningsrutiner och vaccinationsrutiner har vidarebefordrats från MAS och läkarorganisationerna till verksamheterna. I vaccinationsrutinen för vård- och omsorgsboenden ingår immunisering mot covid-19, influensa och pneumokockinfektion. Pålitlig statistik över ordinerade och givna vaccin uppdelade på typ har inte varit möjligt att inhämta för 2025 från Vaccinera. Vaccinera är regionens e-tjänst som används av vårdgivare för journalföring av utförda vaccinationer mot säsongsinfluensa, pneumokocker, kikhosta och covid-19. Givna vaccinationer dokumenteras i stadens hälso- och sjukvårdsjournalssystem, men på grund av systemets uppbyggnad och funktionalitet är det inte möjligt att inhämta pålitlig statistik från systemet

Läkarorganisationernas interna sammanställning visar att i genomsnitt 85 % av äldre på vård- och omsorgsboende vaccinerades med minst en dos covid-19 vaccin under 2025.

Verksamheterna arbetar aktivt med att informera om vaccinering.

Den höga andelen vaccinerande äldre, verksamheternas följsamhet till rutiner för basal hygienrutiner och kohortvård har minskat antalet svårt sjuka till följd av övre luftvägsinfektion i förvaltningens vård- och omsorgsboende. MAS har även arbetat med övriga äldreomsorgens verksamheter för att sprida vaccinationsinformation. Information har spridits till äldre via hemtjänstpersonal, träffpunkter, anhörigstödjare och övriga verksamheter där äldre vistas.



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag

Samtliga verksamheter i egen regi har legitimerad sjuksköterska på plats dygnet runt. En av de entreprenörsdrivna verksamheterna har mobilt jourteam nattetid.

Dygnet runt bemanning med sjuksköterska möjliggör snabb bedömning av den äldres hälsotillstånd och snabba insatser. Under året har satsningar gjorts för att höja undersköterskors kompetens och kunskap för att ytterligare säkra vården och möjliggöra snabba adekvata bedömningar. Stadsdelens verksamheter har mycket hög andel undersköterskor och kompetenshöjande insatser fortsätter för baspersonal som saknar poäng att söka skyddad yrkestitel från Socialstyrelsen. Kompetenshöjande insatser för undersköterskor fortsätter under 2026 enligt verksamhetsplanen för vård- och omsorgsboenden.



Utskrivningar från slutenvården sker ofta snabbt och äldre som skrivs ut är många gånger svårt sjuka. Detta medför ett stort hälso- och sjukvårdsbehov med omfattande insatser som följd. För att säkra vårdövergången behöver samverkan mellan vård- och omsorgsboenden, beställarenheten och slutenvården utvecklas vidare. Kontinuerlig dialog och samverkan behövs för ökad förståelse för varandras ansvarsområde, förutsättningar och hinder. Inom förvaltningen och staden intensifieras arbetet för en omställning till god och nära vård, där samverkan har stor betydelse för sömlös vårdövergång.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

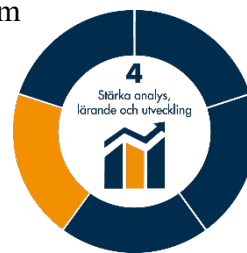
Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra påverkan på verksamhetens kvalitet. För varje bedömd händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar. Vidare skall bedömning göras över vilka potentiella negativa konsekvenser händelsen kan medföra. Sommarperiod och helgdagar kring jul och nyår är riskperioder under året som behöver i god tid bedömas utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Inför riskperioder efterfrågar MAS och MAR riskanalyser med åtgärder för att säkerställa för verksamheten väsentliga processer. Samtliga verksamheter har upprättat och lämnat in riskanalyser till förvaltningen. MAS i samarbete med verksamhetskontroller har genomfört oanmälda besök i verksamheterna i början av sommaren som visade på att verksamheterna uppfyllde bemanningskrav enligt täthetschema och gällande avtal.

Läkarinsatser under sommaren har fungerat väl och planering har gjorts för vikarierande läkare i samtliga verksamheter. Läkarronder genomfördes på plats i verksamheterna enligt samverkansavtalet. Läkarinsatsen under sommaren utvärderas av MAS och MAR i samverkan med läkarorganisationen.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Analys av resultat ska användas för att uppmärksamma vilka faktorer som påverkar säkerhet, hållbarhet, och flexibilitet i verksamheterna. Resultatet används för att vidareutveckla kvaliteten och minska risken för vårdskador.



Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdsdokumentation är ett område som kräver kontinuerliga utbildningssatsningar för legitimerad personal dels på grund av införande av nya arbetssätt och processer och del på grund av journalsystemets uppbyggnad.

Förvaltningens verksamheter har arbetat med att utveckla kvaliteten i dokumentation och fokus har legat på vårdprocessen. Tillgång till dokumentationshandledare och processhandledare i förvaltningens verksamheter hade stor betydelse i utvecklingen av dokumentationens kvalitet. Analys och reflektion utifrån egenkontroller och kollegial granskning användes som arbetssätt.

Kvalitet i hälso- och sjukvårdsdokumentation är ett område som samtliga förvaltningens verksamheter behöver fortsätta utveckla. Förberedande arbete för övergång till nytt journalsystem påbörjas under 2026 med planering av vitala funktioner och journalvård.

Läkemedelshantering och delegering

Samtliga förvaltningens verksamheter har under året kvalitetsgranskats avseende läkemedelshantering. Åtgärdsplaner har upprättats och åtgärdsats inom tre månader. Förvaltningens verksamheter arbetar kontinuerligt med att säkerställa läkemedelshantering.

Kraven för att delegera läkemedelshantering till icke legitimerad personal har ökat och behöver utvecklas vidare för att säkerställa patientsäkerheten i förvaltningens verksamheter. Entreprenörsdrivna verksamheter använder egna delegeringsutbildningar. Verksamheter i egen regi använder Apoteket ABs digitala delegeringsutbildning och tillhörande

kunskapsprov för att säkerställa jämna och hög kvalitet i hela stadenens verksamhetsområde. Likvärdiga arbetsverktyg är en del av förvaltningens arbete med att öka jämlikheten i stadsdelen och underlätta samarbete mellan verksamheter. Under 2026 sker förändringar i föreskriften gällande delegering och stadsdelens MAS och MAR samarbetar med övriga stadens MASMAR nätverk för att säkerställa jämlikt arbetssätt.

Granskning av avvikelser och egenkontroller är en viktig del i uppföljningen av kvalitetsarbete för att uppnå säker läkemedelshantering. Under året har narkotikasvinn uppmärksammas i verksamheter genom egenkontroller och avvikelsegranskning. Adekvata åtgärder har vidtagits för att minska risken för och eliminera narkotikasvinn. Arbetet med att uppmärksamma och förhindra narkotikasvinn fortsätter i samtliga förvaltningens verksamheter. Samtliga verksamheter i egen regi har säkra och spårbara läkemedelsskåp för att ytterligare höja kvaliteten och stärka läkemedelshantering.

Basal hygien

Punktprevalensmätning i basal hygien och klädregler (PPM-BHKR) genomförs genom kollegial observation i samtliga förvaltningens verksamheter vid två tillfällen per år och vid behov.

Resultatet från våren 2025 visar på att verksamheterna behöver fortsätta arbeta med basal hygien och klädregler. Utbildning för nya medarbetare och upprätthållande av kunskap för övriga medarbetare fortsätter. Kollegial observation har ökat medvetenheten bland medarbetare och bidragit till kollegialt lärande. Ökad medvetenhet och kunskap har bidragit till tydlig minskning av smittspridning i verksamheterna. Resultat presenteras på hygiennätverksträff. Hygiennätverkets syfte är att stärka hygienombudens roll, höja kunskapen om ett vårdhygieniskt arbetssätt samt främja jämlikhet i arbetssätt och öka samarbetet mellan verksamheterna. Norra innerstadens AKA/verksamhetsutveckla hälso- och sjukvård sammankallar och håller i nätverksträffarna i samarbete med vårdhygien Stockholm

Under våren 2025 genomfördes PPM BHKR via egen enkät som skickades ut av MAS och MAR. Hösten 2025 togs enkäten över av äldreförvaltningen men på grund av att entreprenörer, dagverksamheter och hemtjänster inte kunde delta beslutades det att PPM BHKR återgår till enkätversionen som skickas ut av stadsdelens MAS och MAR.

Samverkan regionen

Samverkansöverenskommelser mellan förvaltningens verksamheter i egen regi och läkarorganisationerna revideras i december 2025. Revidering sker i samverkan med MAS MAR nätverket. Samverkansöverenskommelsen beskriver vilken profession som ansvarar för vad i vården och vårdkedjan.

Verksamheterna har ett gott samarbete med läkarorganisationerna. Samarbetet behöver bibehållas och utvecklas vidare för att säkerställa patientsäkerheten. Läkarorganisationerna erbjuder föreläsningar och kompetenshöjande insatser för legitimerad personal och under året har föreläsning bland annat fokuserat på hjärt- och lungräddning och behandlingsbegränsningar.

Det saknas samverkansöverenskommelse med husläkarmottagningar för äldre som valt en annan läkare än ansvarig läkarorganisation inom förvaltningens verksamheter. Avsaknad av samverkansöverenskommelse med husläkarmottagningar kan innebära patientsäkerhetsrisker då vård och behandling kan fördröjas av bristande kontaktvägar. Patientsäkerheten skulle stärkas av tydliga överenskommelser.

Vårdövergångar mellan vårdinstanser innebär en risk och därför är det viktigt att all legitimerad personal använder Nationell patientöversikt (NPÖ), ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring där legitimerad personal kan ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem. NPÖ ökar patientsäkerheten och är resurseffektiv. Verksamheter följer upp gällande rutiner för att säkerställa informationsöverföring via NPÖ. Entreprenörsdrivna verksamheter i Stockholms stad har inte tillgång till NPÖ vilket är en risk för patientsäkerheten. MAS MAR nätverket har lyft bristen till Äldreförvaltningen som äger avtalet.

Avvikelser

Granskningen av avvikelserapportering visar på att antal registrerade avvikelser i verksamheter i egen regi ligger på en jämna nivå och registrering av avvikelser utförs. Verksamheterna behöver dock arbeta aktivt med att stärka patientsäkerhetskulturen och lyfta vikten av att registrera och analysera avvikelser. Icke legitimerade medarbetare har inte tillgång till avvikelsemodulen i Stockholms stad och nuvarande arbetssättet med handskrivna avvikelser är ineffektivt och kan påverka antalet registrerade avvikelser. Entreprenörsdrivna verksamheter har system där samtliga professioner registrerar avvikelser i ett digitalt system vilket ökar transparensen och ökar patientsäkerheten. Samtliga förvaltningens verksamheter behöver fortsätta arbeta med följsamhet till avvikelserutiner, upprätthålla avvikelser registrering och fortbilda medarbetare i avvikelsemodulen.

Kvalitetsråd på fler nivåer har införts i stadsdelen med avsikt att ytterligare lyfta patientsäkerheten. Under nästkommande år avser stadsdelen införa SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Förvaltningen har en rutin för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Rutinen är implementerad i samtliga förvaltningens verksamheter. Synpunkter och klagomål ska analyseras och användas i verksamheternas utvecklingsarbete. Klagomål och synpunkter kan leda till utredningar enligt Lex Maria och/eller Lex Sara. Under 2025 har en avvikelser utretts enligt Lex Maria och skickats in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Samtliga förvaltningens verksamheter ska planera för hälso- och sjukvård som kan anpassas till förändrade förhållanden och med behållen kontinuitet.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap finns i samtliga verksamheter. Förberedelse för att bedriva vård och omsorg för långvarigt driftstopp och uteblivna leveranser har gjorts. Handlingsplanen kopplad till krisberedskap ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete. MAS och MAR begär in uppdaterad riskanalys med handlingsplan årligen. Kontroller av verksamheternas kris- och katastrofförråd har genomförts under året och verksamheterna har god beredskap för krissituationer. Detta arbete har bidragit till att verksamheterna har en bra beredskap. Verksamheterna kommer att fortsätta det systematiska arbetet med riskbedömningar vid förändring i verksamhetens förutsättningar.



Under 2025 har Alisa införts i stadsdelens verksamheter i egen regi som kan användas för att systematiskt arbeta med beredskapslager.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målet är att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård för samtliga förvaltningens verksamheter.

- 1 Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra uppföljningar med kvalitetsinstrumentet QUSTA
 - granska resultat och analysera egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation
 - genomföra PPM över indikatorer
 - följa upp verksamheternas riskanalyser
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten
 - arbeta systematiskt med hälso- och sjukvårdsavvikelser
 - följa upp egenkontroller av vårdhygienisk standard (VEK)
 - genomföra PPM i basala hygienrutiner och klädregler
 - inhämta statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra PPM läkemedelshantering
 - stickprovskontroll i appva
 - stickprov i journalsystemet Vodok 2.0
 - genomföra SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet
2. Analysera och återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna
3. Ge stöd till ledning och verksamheter i egen regi genom att:
 - medverka i olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar och utbildningsinsatser
 - stödja och samverka med dokumentationsprocessledare för Vodok
 - stödja och samverka med dietist
 - stödja chefer i att identifiera processer, upprätta rutiner och arbetssätt
 - samverka med verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig grad
 - erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal
 - identifiera behov av kompetenshöjande insatser
4. Delta i olika strategiska arbetsgrupper
5. Samverka med externa aktörer och andra vårdgivare som har betydelse för patientsäkerheten
6. Öka samverkan och bidra till lärande förhållningssätt mellan verksamheterna i Norra innerstaden
7. Sammankalla och leda nätverket sjuksköterskenätverk
8. Sammankalla och leda nätverket för arbetsterapeuter och fysioterapeuter
9. Sammankalla och leda nätverket för palliativa ombud
10. Sammankalla och leda nätverket för hygienombud
11. Sammankalla och leda nätverket för enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar
12. Sammankalla och leda nätverket för chefer med hälso- och sjukvårdsansvar
13. Utbilda medarbetare i MHFA (Mental Health First Aid)

14. Utbilda undersköterskor i vitala parametrar, förändrat hälsotillstånd och systematisk överrapportering
15. Sammankalla och leda nätverket för arbetsterapeuter och fysioterapeuter
16. Fortsätta implementering av digital signering (APPVA) i förvaltningens verksamheter i egen regi
17. Kvalitetssäkra gemensamma arbetsprocesser och rutiner för hälso- och sjukvård i förvaltningens verksamheter i egen regi