



Stockholms
stad

Bilaga till verksamhetsberättelsen

KUNG 2023/4

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabiliterings Verksamhetsberättelse för hälso- och sjukvården

Kungsholmens stadsdelsnämnd

År 2022



Datum 2023-01-10

Ansvarig för innehållet Ulrika Dahnell, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Malin Junerud, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer KUNG 2023/4

Inledning

Verksamhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens MAS och MAR arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i hälso- och sjukvården. Verksamhetsberättelsen redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten. Verksamhetsberättelsen innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, och även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3	7
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Läkemedelshantering	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	19
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

Under hösten 2021 startade processteamet för hälso- och sjukvården på Kungsholmen bestående av verksamheternas chefer för hälso- och sjukvården, MAS och MAR . Processteamet har haft regelbundna möten en gång i månaden i syftet att stärka och utveckla hälso- och sjukvården. Teamet har haft månatliga möten och har under 2022 fokuserats på arbete med SKRs analysverktyg för att stärka och utveckla patientsäkerheten. Teamet har tagit fram en nulägesanalys för att skapa en samsyn över vilka förbättringsområden som behöver prioriteras för en trygg och säker vård inom stadsdelens äldreboenden. Målet med arbetet med analysverktyget är att ta fram en handlingsplan för ett stärkt patientsäkerhetsarbete 2023. Gemensamma rutiner för hälso- och sjukvården har också tagits fram som ger ett likställigt arbetssätt över verksamheterna på Kungsholmen.

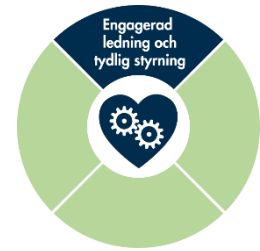
Då fall av Covid-19 fortfarande uppkommer krävs ett fortsatt arbete med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultat av genomförda mätningar under året har förbättrades men verksamheterna behöver fortsätta att arbeta kontinuerligt och systematiskt med att säkerställa och följa upp att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler och använder skyddsutrustning på korrekt sätt. Nya regler och vägledningsmaterial för smittförebyggande arbete har tagits fram av Socialstyrelsen. Verksamheterna behöver ta fram rutiner som ska implementeras i verksamheterna.

Uppföljningar och uppgifter som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet. Verksamheterna har under året kommit gång med sitt utvecklingsarbete och vi ser en förbättrad kontinuitet bland legitimerad personal och chefer vilket ger goda förutsättningar för det fortsatta kvalitets och utvecklingsarbete.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Kungsholmen.

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet inom stadsdelen genom att:
 - dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - kvalitetsinstrumentet QUSTA
 - resultat och analys av genomförda egenkontroller i verksamheterna
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation
 - punktprevalensmätning (mätning vid ett specifikt tillfälle) för utvalda indikatorer
 - punktprevalensmätning för basal hygien och klädregler
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
2. Återkoppla sammanställt resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna
3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - samverka med verksamheterna vid strategiska möten om patientsäkerhet
 - samverka med ansvariga chefer för hälso- och sjukvården vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid möten i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
4. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad
5. Samverkan med externa aktörer andra vårdgivare som har betydelse för patientsäkerheten

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO.

Verksamhetschef 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.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och Region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen,
- Samverkan nutritionsbehandling,
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* Capio Legevisitten AB har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Kungsholmens vård och omsorgboende. En överenskommelse har tecknats lokalt med förvaltningen som gäller för särskilt boende för äldre(Säbo) i egenregi och på entreprenad. Samverkansmöten sker regelbundet under året.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. De anordnar också utbildningar inom området läkemedelshantering.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor (MAS)
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar
- *Säker dokumentation:* kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar dokumentationsstödaren vid uppföljningar av hälso- och sjukvården.
- *Stöd vid behandling med dialys:* Kungsholmen har tillsammans med Södermalm, Norrmalm och Östermalmstadsdelsförvaltningar tecknat en samverkansöverenskommelse med Dialys Dagvård PD Rosenlund. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. På Kungsholmens anlitas ett av serviceförvaltningen upphandlat företag för den medicinska fotsjukvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av verksamhetschef enligt framtagna riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna. Förvaltningens dataskyddsombud kontrollerar att dataskyddsförordningen följs inom organisationen.

En god säkerhetskultur

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

- ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder,
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- delta vid verksamheternas kvalitetsråd eller andra möten där flera yrkesgrupper deltar i diskussionerna om avvikelserna i ett lärande syfte och
- stödjer verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas.
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten.



Adekvat kunskap och kompetens

Stimulansmedel för hälso- och sjukvården använts för ett antal olika utbildningsinsatser efter samordning och planering av MAS.

- Utbildning i säker läkemedelshantering för vårdpersonal genomfördes av Apoteket AB vid två tillfällen under våren och ett tillfälle under hösten.
- För att säkra delegeringsprocessen vid läkemedelshantering har det införts digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.
- I samråd med dietist har utbildning med logoped anordnats på Serafen för att öka kompetens om olika sjukdomstillstånd där konsistens på maten är en viktig del.
- Två utbildningstillfällen i basal hygien genomfördes för personal som har uppdraget att genomföra observationer, för att öka kunskapen inför mätningen av punktprevalensmätning (PPM) basalhygien och klädregler vecka 11-12. Utbildningarna hölls av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. Ett uppföljande möte genomfördes i syfte att följa upp resultatet med observatörerna.
- Utbildning av personalen i munvård ingår i den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen. Under 2022 utbildades 46 personer.



- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandeldare utbildning vid tre tillfällen för legitimerad personal.
- För att säkerställa kompetensen hos vårdpersonalen och framtidens krav på hälso- och sjukvårdsinsatser har Kungsholmen stadsdelsförvaltning tillsammans med Norrmalm påbörjat ett arbete för att upprätta ett kommunalt klinisk träningscentrum(Metodikum) som kommer starta under våren 2023.

Patienten som medskapare

MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården. Vid utredningar av händelser inhämtas patienten och eller anhöriga synpunkter på händelsen. När utredningen är klar och avslutat och kontaktas anhöriga igen för information om resultat av utredningens samt vidtagna åtgärder.



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 följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende i egenregi och hos entreprenader. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Läkemedelshantering

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och signeras i tid når 80%.

Resultat: Tre av verksamheterna egen regi använder digital signering i Appva, ingen av verksamheterna når målet att signera i tid medans två verksamheter når målet att signera administrerat läkemedel i det digitala verktyget Appva, vilket är bra. De förbättringsområden som identifierats handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheten genomfört årlig kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som till stor del är gemensamt för alla verksamheter är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid tittar läkemedelslistan vid administrering av läkemedel.

Analys av resultat: analysen visar att läkemedelshantering fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visar sig att utbildning i läkemedelshantering har varit viktig insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

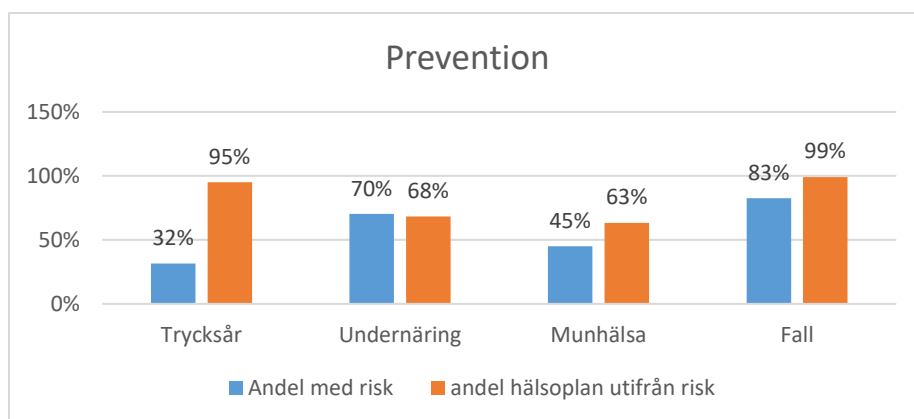
Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och baspersonal. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Att ta del av verksamheternas egenkontroller av läkemedelshantering. Delta vid verksamheternas kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering i egen regi och ta del av entreprenadernas protokoll.

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa

Mål: 75 % av boende med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk hade åtgärder som kopplas till hälsoplaner. Av mätningarna framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår- och fallrisk finns hälsoplaner i högre grad än vid nutritionsproblem och ohälsa i munnen. Det positiva är att antal hälsoplaner vid bedömd risk har ökat något jämfört med föregående år.



Analys av resultat: En trolig orsak till att hälsoplaner inte upprättas i den omfattning som behov finns är kunskapsbrist i dokumentationssystemet, upplevd tidsbrist och att teamarbetet inte kommit i gång fullt ut. En annan bakomliggande orsak kan vara att ohälsa i munnen inte är lika starkt förknippas med hälso- och sjukvård. Det kan i sin tur botten i att ansvar inom dessa områden delas med tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning.

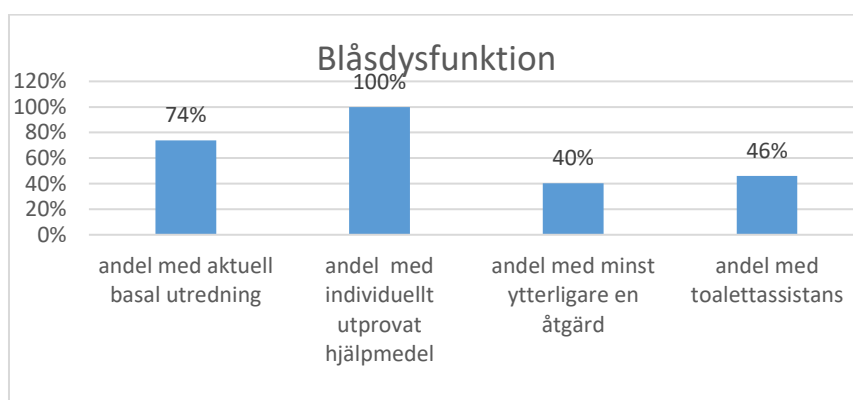
Åtgärd: Fortsatt stöd till verksamheten i dokumentationssystemet genom att processledare för dokumentation utbildar både i individuellt och i team.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt granskning av dokumentation både som egenkontroll av verksamheterna två gånger per år och journalgranskning av processledare för dokumentation samt stickprov i ett antal journaler av MAS och MAR i samband med årlig uppföljning.

Blåsdysfunktion

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning.

Resultat: Resultatet visar att 74 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna vilket är en förbättring samt att alla har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Endast 6 % behandlas med urinkateter av dessa hade 98 % en dokumenterad indikation av behovet. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v 10 och v36 2022

Analys av resultat: En trolig orsak till att alla inte har en aktuell basal utredning är att flertal som flyttar in på särskilt boende sedan tidigare har förskrivna inkontinenshjälpmedel, en annan trolig orsak är att sjuksköterskor saknar tillräcklig kompetens inom området.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Dels genom att bjuda in föreläsare vid nätverksträff för sjuksköterskor under våren 2023 och dels

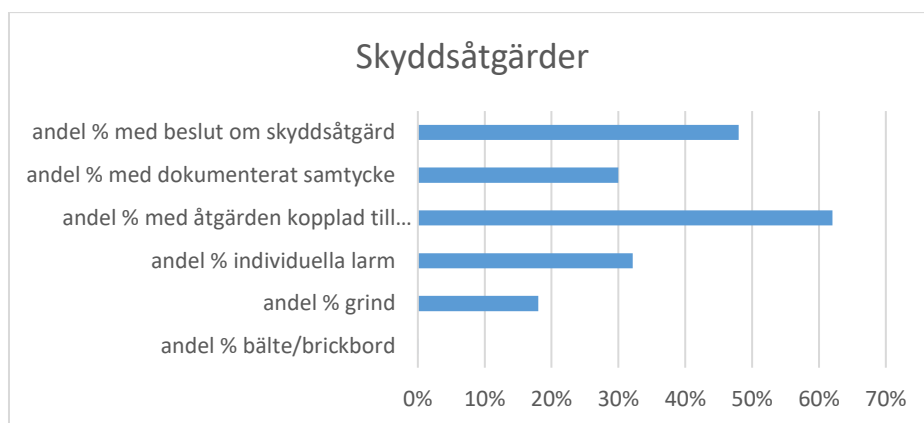
genom att fler sjuksköterskor ges möjlighet att genomföra högskoleutbildningen Inkontinensvård vid Sophiahemmet högskola.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder fortsätter användas återhållsamt.

Resultat: Resultat av statistik vid två PPM-mätningar under året visar att 48 % av patienterna har beslut om skyddsåtgärd, vilket är en ökning från föregående år (27 % 2020 och 35% 2021). Andelen beslut om skyddsåtgärd är generellt lägre för servicehusen i jämförelse med vård- och omsorgsboende. Majoriteten har ett dokumenterat samtycke.



Analys av resultat: Bedömningen är att användningen av skyddsåtgärder har ökat och trolig orsak att i och andel äldre som flyttar in har ett försämrat hälsotillstånd. Andel beslut om skyddsåtgärd kopplat till en hälsoplan har minskat, dock behöver inte ett beslut om skyddsåtgärden alltid kopplas till en hälsoplan, det viktigaste är att det finns ett beslut dokumenterat i patientens journal. Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner och det behöver verksamheterna fortsätta att förbättra.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och vart beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Senior alert

I Senior alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index).

Mål: att alla verksamheter regelbundet registrera i Senior alert.

Resultat: Av statistik i registret framgår att fyra av sex verksamheter registrerar i senior alert och tre av verksamheterna arbetar mer aktivt i registret. De som arbetar aktivt har registrerat samtliga av de boende och vid risk för fall, trycksår eller undernäring har 88% en åtgärdsplan och hos 64% har åtgärder vidtagits.

Analys av resultat: Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas i stadsdelens särskilda boenden. Statistiken i Senior alert är inte att jämföra med de genomförda bedömningar inom riskområdena som utförts i verksamheterna. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna.

Åtgärd: Ge verksamheterna stöd och utbildning i att registrera och att systematiskt använda senior alert i patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning av åtgärd: två gånger om året i samband med möte med bitr. enhetschefer med ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

Mål: 75% av personalen ska följa samtliga åtta steg i basalhygien och klädregler

Resultat:

Verksamhet:	Vecka 40-41 2021	Vecka 11-12 2022	Vecka 21 2022
Alströmerhemmet	72%	50%	83%
Fridhemmet	62%	88%	Deltog ej
Pilträdet	20%	29%	67%
Serafen	72%	40%	71%
S:t Erik	100%	100%	Deltog ej
Solbacken	Deltog ej	31%	66%
Totalen	65%	56%	72%

Analys av resultat: resultaten har förbättrats jämfört med mätningen hösten 2021. En trolig orsak är den personal som genomfört mätningen våren 2022 har fått ökad kompetens och att rutinerna för basal hygien och klädregler efterlevs bättre än tidigare. Verksamheterna har arbetet strukturerat med att kontinuerligt påminna och utbilda i basal hygien. Det har varit en stående punkt vid verksamheternas olika möten.

Åtgärd: Genomföra PPM Basal hygien och klädregler minst två gånger per år och hygienisk egenkontroll en gång om året. Ta fram gemensamma rutiner för det smittförebyggande arbetet enligt socialstyrelsens nya regler. Att tillsammans med Vårdhygien Stockholm utbilda observatörer som utför PPM basal hygien och klädregler. Säkerställa att verksamheterna kontinuerlig utbildar i följsamhet till basal hygien och klädregler. Att verksamheterna utför regelbundet egenkontroller.

Uppföljning av åtgärd: inhämta resultat från PPM basal hygien och klädregler, följa upp verksamheternas hygieniska egenkontroll samt det smittförebyggande arbetet i samband med den årliga QUSTA uppföljningen samt vid verksamhetsbesök.

Multiresistenta bakterier

Vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier är oförändrat jämfört med föregående år. Smittspårning har genomförts i en verksamhet på grund av nyupptäckt MRSA.

Mål: att antal vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier minskar

Resultat: Resultatet av smittspårning visade att ingen smittspridning skett, vilket är positivt.

Analys av resultat: att verksamheterna har väl inarbetade rutiner då multiresistenta bakterier upptäcks.

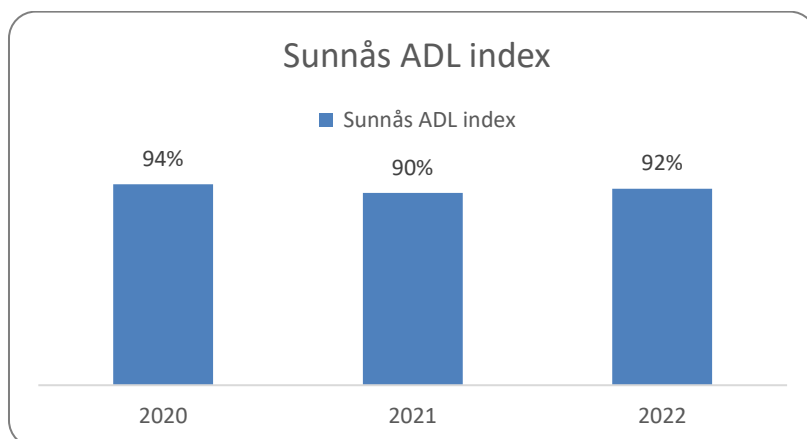
Åtgärd: säkerställa att basala hygienrutiner och klädregler följs, att smittskydds handlingsprogram för anmälningsskyldiga multiresistenta bakterier är känt i verksamheterna. Att under 2023 samla in registrering av statistik för infektioner för att bättre följa utvecklingen av olika infektioner och eventuella virusutbrott.

Uppföljning av åtgärd: Sammanställa och ta del av infektionsregistrering en gång i månaden. Ta del av PPM mätning basal hygien två gånger om året. Gå igenom handlingsprogram om multiresistenta bakterier på hälso- och sjukvårdens processteam samt när behov uppstår.

Funktionsbedömning ADL

Mål: Att alla som flyttar in på SÄBO får en funktionsbedömning

Resultat: Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet(ADL) inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt (92%) och ger grund för att individanpassat stöd och hjälp i vardagen.



Analys av resultat: resultatet visar att rutiner för bedömningen följs. Trolig orsak är att det är ett verktyg som är känt och väl inarbetat.

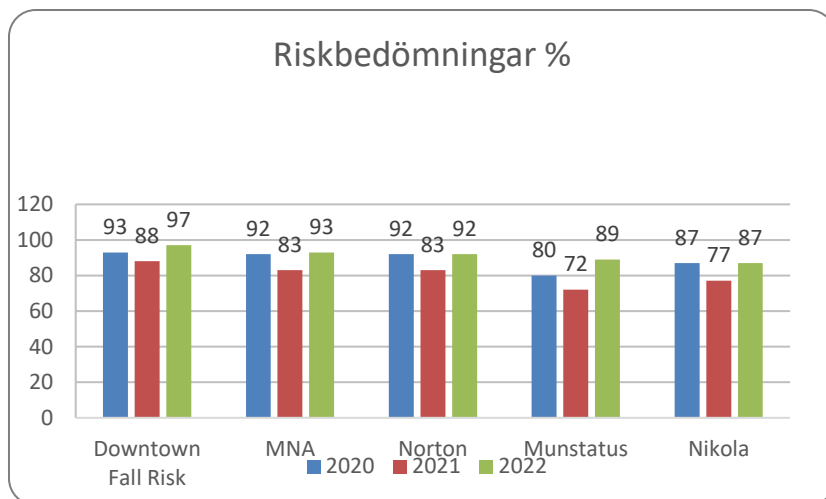
Åtgärd: Inga åtgärder behövs i dagsläget.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

Riskbedömningar(statistik från Vodok)

Mål: Att riskbedömningar utförs rutinmässigt så att patienten med risk upptäcks i tid och får nödvändiga insatser.

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med trycksår och nutrition samt munhälsa och inkontinens har liksom bedömningar avseende fallrisk har ökat något jämfört med tidigare år.



Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår vid mätdatum 1 oktober. Korttidsboende ingår inte i statistiken.

Analys av resultat: Resultatet är positivt och trolig orsak är att kontinuitet bland legitimerad personal har förbättras och teamarbetet kommit gång.

Åtgärd: Fortsatt uppföljning av riskbedömningarnas genomförandegrad genom egenkontroll och statistik i journalsystemet två gånger per år.

Uppföljning av åtgärd: Ingen aktiv uppföljning av åtgärd

Palliativa registret- Vård i livets slutskede

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sitt resultat i verksamhetens kvalitetsarbete.

Resultat: Erbjudande om eftersamtal har ökat vilket är positivt. De parametrarna som behöver förbättras är samma som föregående år, smärtskattning och bedömd munhälsa även om resultatet blivit något bättre. Läkarinformation till närstående är en parameter som blivit sämre jämfört med föregående år.

Kvalitetsindikator	Målvärde	2020	2021	2022
Eftersamtal erbjudet	100	89	75,4	80,4
Läkarinformation till patienten	100	77	75,9	74,4
Munhälsa bedömd	100	67	61	60,6
Avliden utan trycksår	90	83	88	86,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	90	80	81,9
Utförd validerad smärtskattning	100	77	53,4	60,7
Lindråd från smärta	100	100	91	95,2
Lindråd från ångest	100	99	83	94,6
Läkarinformation till närstående	100	70	75,4	65
Antal vårdtillfällen i urvalet:		52	54	40

Statistik från Svenska Palliativregistret

Analys av resultat: resultatet visar att verksamheterna behöver fortsätta utveckla och säkerställa den palliativa vården.

Åtgärd: att cheferna i verksamheter med stöd av MAS säkerställer den palliativa vården genom att utbildar palliativa ombud. Att verksamheterna använder Palliativt kunskapscenter (PKC) och palliativa registret i förbättring och utvecklingsarbete.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig kontroll av registreringsgrad i palliativa registret, och i samband med årliga uppföljningar av hälso- och sjukvården.

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 §

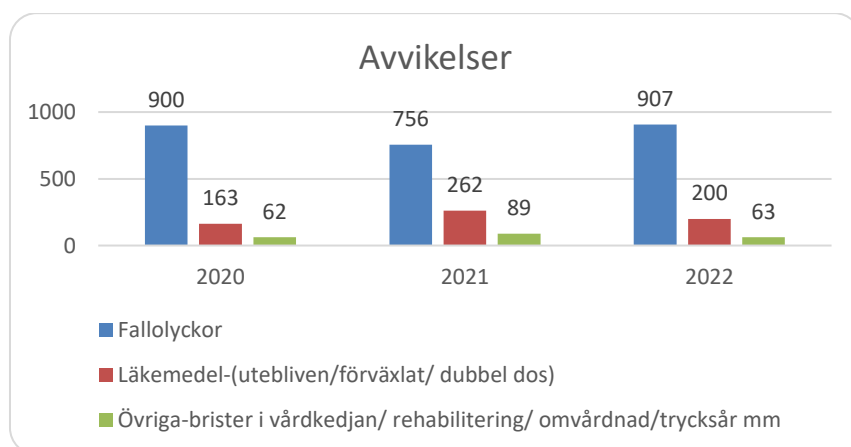
Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att kompetensen och förståelsen hos all personal behöver ökas för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.



Registrerade avvikelser fall, läkemedel och övriga brister i vårdkedjan, rehabilitering, trycksår mm

Mål: god kunskap om avvikelser och vårdskador och öka antal inrapporterade avvikelser

Resultat: Under året har fler fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och något färre avvikelser i läkemedelshantering. Verksamheterna har under året genomfört 11 internutredningar vid misstanke om vårdskada. Av dessa har sju anmälts till IVO. Händelserna som anmälts har handlat om brist vid såromläggningar, fallolycka med frakturer, patienter som fått fel läkemedel. Två av händelserna har medfört allvarliga konsekvenser för patienterna, de övriga fem har inte medfört några direkta risker för allvarlig vårdskada.



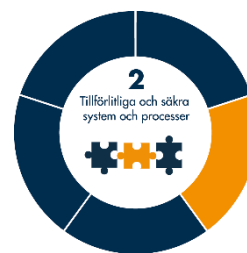
Analys av resultat: Antal fallolyckor har ökat och en orsak kan vara att patienterna som flyttar in har ett sämre hälso- och funktionstillstånd och en annan orsak kan vara att restriktionerna i och med pandemin har släpps och fler rör sig utanför sin bostad. Antal läkemedelavvikelser har minskat, en trolig orsak är det digitala signeringsverktyget Appva. Det kan vara så att personalen upplever att det

inte är en avvikelse då de inte har signerat läkemedlet i Appva. En annan orsak kan vara att avvikelsen hanteras direkt men inte registreras i systemet För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Däremot har antal utredningar och anmälan av vårdskada ökat från 3 anmälningar 2021 till 7 anmälningar 2022 vilket visar på att verksamheterna är bra på att synliggöra och rapportera allvarliga händelser, det bidrar till att utveckla och säkerställa vården.

Åtgärd: Ett utbildningsmaterial ska tas fram för att öka kunskapen hos chefer och personalen samt att patienter och anhöriga ska göras mer delaktiga i avvikelseprocessen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

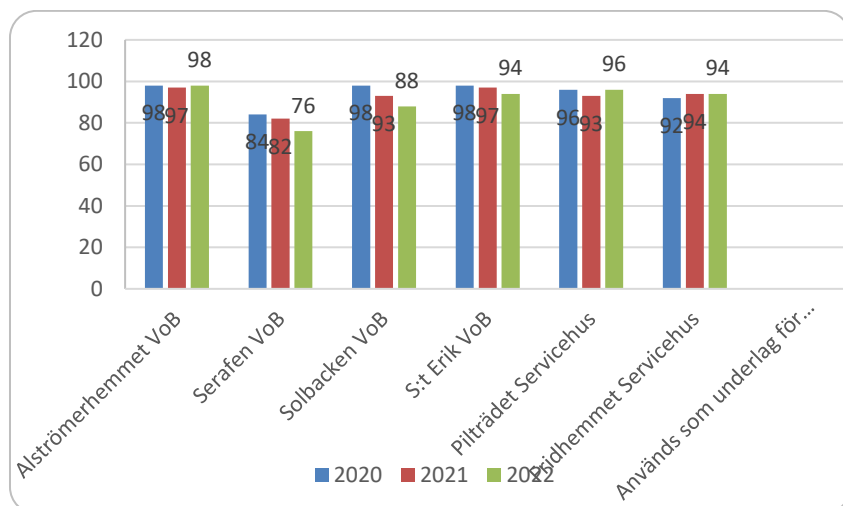
Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Uppföljningarna genomfördes vid olika perioder under året. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet , QUSTA

Mål: 100%

Resultat: De flesta verksamheterna visar på stabila resultat avseende ledningssystem med rutiner för hälso- och sjukvård och ett närvarande ledarskap. Måluppfyllelse enligt QUSTA ligger mellan 76 – 98 % vilket är något lägre än föregående år. Det viktigaste syftet med årlig uppföljning med QUSTA är att utveckla, lyfta fram vilka processer som säkrats och vilka processer som behöver utvecklas.



Resultat är en sammanställning över de kvalitetsområden som följs i QUSTA redovisas i procent.

Analys av resultat: resultatet är något sämre vilket kan bero på tillägget av ett nytt frågeområde Psykisk hälsa. Ett område som de flesta verksamheterna inte har arbetet aktivt med tidigare. Både Solbacken och Serafen har haft omsättning bland chefer och legitimerad personal vilket påverkat resultatet. Serafen har idag en mer stabil ledning vilket medfört att de kommit i gång med att arbeta strukturerat med sitt ledningssystem dock kvarstår det att implementera rutiner och arbetssätt i det dagliga arbetet. För Solbacken kvarstår ett fortsatt utvecklingsarbete att förbättra och anpassa sitt ledningssystem och dess rutiner. Detta för att bättre stödja arbetssätt. Bakomliggande orsaker kan

härledas till flertal förändringar i ledningsorganisation över lång tid vilket bedöms ha påverkat förutsättningarna för det systematiska arbetet

Åtgärd: Stödja 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. Utbildning i första hjälpen av Psykisk hälsa pågår inom båda servicehusen vilket kommer att medföra ökade kunskaper och arbetssätt.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerligt under året och vid nästa uppföljning av hälso- och sjukvården med verktyget QUSTA.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård ska dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovskontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi. Förvaltningens processledare för dokumentation har genomfört en omfattande journalgranskning inom verksamheterna som bidrar till att förbättra och säkerställa dokumentationen.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer. Att hälso- och sjukvårdens processer tydligt framgår, att den enskildes önskemål och behov dokumenteras.

Resultat: Av inkomna analyser bedöms servicehusen vara de som har visat på en tydligare utveckling, med strukturerade egenkontroller som analyseras och planer för åtgärder som tas fram och följs upp.

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap, att arbetssätt och rutiner inte fungerar optimalt och upplevd tidsbrist. En annan orsak är brist i kontinuitet bland legitimerad personal.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens dokumentationsstödare för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta begära in egenkontroller, genomföra stickprov samt att dokumentationsstödaren genomför utbildningar i verksamheterna både i grupp och individuellt. Att genomföra journalgranskningar för att följa utvecklingen och få en förståelse kring svagheter och styrkor i dokumentationen som styr vilka utbildnings- eller handledningsinsatser som behövs framåt.

Munhälsobedömning

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 fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Under 2022 har 593 patienter blivit erbjudna en munhälsobedömning och 264 genomfördes. Det är en liten ökning jämfört med föregående år då 251 munhälsobedömningar genomfördes. Efter kontakt med utförarna av munhälsobedömningarna så kommer de att hinna med samtliga som tackat ja till en bedömning innan årets slut, vilket är positivt.

Analys av resultat: En anledning till ökningen är att pandemin klingat av och då givit ökade möjligheter för företagen att planera och genomföra bedömningar och den nödvändiga tandvården.

Åtgärd: fortsätta som samverka med Tandvårdsenheten inom Regionen och följa upp statistiken att det erbjuds och utförs munhälsobedömningar.

Uppföljning av åtgärd: Genom att delta på samverkansmöten med tandvårdsenheten och följa statistiken i tandvårdsenhetens digitala verktyg Symfoni.

Säker vård här och nu

Inom stadsdelens vård och omsorgboende finns det svårigheter i att bemanna men också att behålla sjuksköterskor. Det har inneburit att sjuksköterskor från bemanningsföretag har behövts anlitas oftare. Det medför en sämre kontinuitet och då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner kan det i sin tur leda till brister i patientsäkerheten.



Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna som skrivs ut är svårt sjuka med flera olika diagnoser där hälso- och sjukvårdsinsatserna är omfattande. För att säkra vårdövergången behöver samverkan utvecklas mellan vård och omsorgboende och beställarenheten.

Riskhantering

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

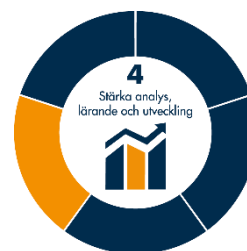
Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Uppföljning av riskanalyserna visade att bemanningsplanering i stor utsträckning fungerat trots att de avtalade bemanningsfirmorna inte levererat i den omfattning som verksamheterna har haft behov av. Trots viss svårighet att bemanna bedöms patientsäkerheten inte ha äventyrats. Läkarinsatserna under sommaren har fungerat bra trots att läkarorganisationen haft olika vikarier i några verksamheter.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

Stärka analys, lärande och utveckling

Hälso- och sjukvårdens processteam

Hälso- och sjukvårdens processteam består av MAS och MAR, biträdande enhetschefer som ansvar för hälso- och sjukvården inom egen regi och en samordnare. Processteamet har träffats en gång i månaden från och med hösten 2021. Syftet är att stärka och utveckla patientsäkerheten på Kungsholmen och att få en samsyn över förbättringsområden som medför att de boende får en trygg och säker vård. Under våren 2022 har processteamet påbörjat arbeta med SKR analysverktyg, där vi gått igenom och diskuterat fem fokusområden och ett område med grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete. Under hösten har processteamet tagit fram



prioriteringsområden utifrån fokusområdena samt insatser som kommer leda till en handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete 2023-2024. Förutom arbetet med SKR analysverktyg har processteamet tagit fram gemensamma rutiner för bl.a. delegeringsprocessen, arkivering av hälso- och sjukvårdsjournaler. Arbetet med Hälso- och sjukvårdens processteam kommer att fortsätta att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och ta fram gemensamma rutiner och utveckla nya arbetssätt.

Avvikelser

Vi ser att avvikelserapporteringen har fortsatt minska framför allt inom läkemedelshantering, en trolig orsak är brist på kunskap och att systemet för avvikelserapportering är inte användarvänligt. Baspersonal inte kan lägga in avvikelser direkt i systemet utan använder papper och att sjuksköterskan sedan ska lägga in avvikelserna, det blir ytterligare en arbetsuppgift för sjuksköterskan som kan medföra upplevd tidsbrist. Vi ser ett behov av intensiva utbildningsinsatser i olika former och på olika sätt i verksamheterna. Under 2023 kommer MAS och MAR ta fram ett utbildningspaket som riktar sig till samtlig personal. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser och när en anmälan av vårdskada eller risk för vårdskada har gjorts så tas den upp i ett lärande syfte med hälso- och sjukvårdens processteam där chefer från verksamheterna är representerade, vilket är uppskattat.

Läkemedelshantering

Delegeringar av administrering av läkemedel har under året ytterligare säkerställt genom att kraven för att få delegering har stärkts, samtlig personal måste genomgå en webbutbildning med ett godkänt kunskapstest, även vid förläng delegering har kraven stärkts på utbildning och godkänt kunskapstest. Flera av personalen från verksamheterna har deltagit i Apotekets AB grundutbildning i läkemedelshantering, den utbildning och tillsammans med ökade krav vid delegering borde medföra en säkrare läkemedelshantering. Avvikelser i läkemedelshantering har minskat jämfört med tidigare år dock svårt i dagsläget att koppla det till den ökade kunskapen och ökade kraven då digital signering via Appva har införts i verksamheterna. Viktigt att fortsätta följa utvecklingen för en säker läkemedelshantering.

Egenkontroller

Basal hygien

Inför PPM basal hygien och klädregler våren 2022 utbildades observatörer för att få stöd och ökad kunskap i att genomföra observationerna i sin verksamhet. Vid uppföljningsmöte med observatören framkom att det varit svårt att genomföra mätningen i de verksamheter som kollegorna var förvarnade, de blev stressade och gjorde fel. Samtliga observatörer tyckte det fått ökad kunskap om området och upplever att det underlättat vid genomförandet av mätningen. Genom att verksamheterna genomför PPM basal hygien och klädregler regelbundet två gånger om året, har det blivit tydligt vart i processen personalen brister, det ökar både medvetandet och kunskapen hos personalen, och det medför en större följsamhet och därmed minskar risken för smittspridning. En viktig del i det fortsatta smittförebyggande arbetet är att fortsätter träffa observatörerna för stöd och ökad kunskap.

QUSTA

Egenkontroll med hjälp av verktyget Qusta genomförs en gång per år, genom att verksamheterna själva får beskriva både skriftligt och muntligt vid besök vilka områden de själva anser att de behöver förbättra eller utveckla så blir det också både tydligare och enklare att åtgärda, de blir själva ägare av sitt förbättringsarbete och det underlättar patientsäkerhetsarbetet inom verksamheterna. Under 2022 har processledaren deltagit vid tre av årets uppföljningar med QUSTA för att på så sätt lyfta vikten av dokumentationen i samband med de olika hälso- och sjukvårdsområdena som tas upp vid uppföljningen vilket har varit positivt.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser har under lång tid varit ett område där kontinuerliga insatser av stöd och utbildning behövs dels pga. av omsättning bland legitimerad personal och att systemet inte upplevs så användarvänligt. Några av verksamheterna saknar också dokumentationshandledare som kan stötta i det dagliga arbetet med dokumentation. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp som medför att kunskapen ökar. Egenkontrollerna i dokumentation visar på att en viss del av dokumentationen har blivit bättre. Dokumentationen är dock ett område som behöver fortsatt förbättras dels genom utbildningsinsatser både i grupp och individuellt och dels genom att verksamheterna har egna handledare i dokumentation, som kan stötta i vardagen och att verksamheterna fortsätter genomföra egenkontroller som ett lärande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetsätt, säkerställa informationsflödet. Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ökat risktänkande.

MAS och MAR kommer hela tiden sträva efter att verksamheterna arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna samt staden i stort. Att upprätta ett kliniskt träningscentrum för personalen har påbörjats våren 2022 och planeras att kunna starta under 2023.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egen regi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Kungsholmen.

MAS och MAR strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra QUSTA i dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - inhämta verksamheternas resultat och analys av genomförda egenkontroller avseende hälso- och sjukvård
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i egenregiverksamhet samt begära in entreprenörers kvalitetsgranskning
 - genomföra utbildning och granskning av dokumentation med fokus på den palliativa vården
 - genomföra PPM för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra PPM för basal hygien och klädregler två gånger per år
 - inhämta sammanställning av infektionsregistrering en gång i månaden
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelse i avvikelsemodulen
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
 - följa upp signeringar av administrering av läkemedel i det digitala verktyget Appva.
2. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information

3. Arbeta strategiskt med hälso- och sjukvårdens processteam där ansvariga chefer för hälso- och sjukvården i egen regi ingår. Syftet är att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården för att nå en hög patientsäkerhet.
4. Upprätta och implementera handlingsplan för stärkt patientsäkerhet utifrån resultat av SKR analysverktyg.
5. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid mötesformer i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - skapa ett nätverk för sjuksköterskor på Kungsholmen
6. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
7. Samverka med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.
8. Samverka med beställarenheten för säkrare vårdövergångar