



Stockholms
stad

Bilaga till verksamhetsberättelsen

KUNG 2024/550

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering Verksamhetsberättelse för den kommunala primärvården

Kungsholmens stadsdelsnämnd

Hösten 2023 och Våren 2024



Datum 2024-12-13

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

Diarienummer KUNG 2024/550

Inledning

Verksamhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvariga för rehabilitering (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	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
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	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Läkemedelshantering	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	19
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu	23
Riskhantering	24
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

SAMMANFATTNING

Hälso- och sjukvårdens processteam inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning består av verksamheternas chefer med ansvar för hälso- och sjukvården samt 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 2024 fokuserats på arbete med att ta fram gemensamma lokala rutiner för hälso- och sjukvården och infört ett digitalt verktyg ”Rondplattform” för att underlätta kommunikationen mellan legitimerad personal och läkare.

Under hösten 2023 ordnades ett första möte med Region Stockholms vårdgivare inom slutenvården, primärvården och kommunens utförare inom kommunal och privat hemtjänst, beställarenheten, särskilt boende i egen regi och på entreprenad, tryggt mottagande på Kungsholmen för att tillsammans arbeta för en sömlös vårdkedja. Våren 2024 ordnades nästa möte som resulterade i att en arbetsgrupp tillsattes med representanter från både regionens olika vårdgivare och kommunens olika utförare. Syftet är att kartlägga samtliga vårdgivare och utförare på Kungsholmen för att därefter ta fram en modell för att kunna visualisera en vårdprocess samt få en uppfattning av hur komplex den är. Modellen är tänkt att kunna användas i olika forum inom respektive verksamheter och därmed få en ökad förståelse och bättre samverkan vid vårdövergångar.

Från slutet av 2023 och under hela våren 2024 har det varit fokus på övertagandet av S:t Eriks vård och omsorgsboende. Övergången genomfördes den 1 februari, och arbetet har därefter fortsatt under våren med att inventera och granska både inventarier och medicintekniska produkter. Fokus har legat på att säkerställa att all utrustning uppfyller nödvändiga krav, däribland dokumenterade besiktningar och reparationer, samt att produkterna är i gott skick och inom sin angivna livslängd enligt leverantörens specifikationer. Arbetet har även omfattat uppdatering och strukturering av dokumentation för att garantera långsiktig kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten

MAS och MAR har under året haft nätverksträffar med legitimerad medarbetare med olika teman som Palliativ vård, två specialistsjuksköterskor presenterade sina uppsatser. På nätverksträffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter har det bjudits in föreläsare från ASIH för att stärka deras roll och delaktighet i det palliativa arbetet, det har också under våren genomförts workshop kring området ledvård (kontrakturprofylax) med tillhörande produktvisning av ortoser för att stärka kompetensen inom detta komplexa område. Syftet med nätverksträffarna är att öka samarbetet, samt att ge stöd och hjälp i gemensamma frågor. Den legitimerade personalen får på dessa möten dela erfarenheter med varandra och genom detta stärka yrkesrollen. Genom denna samverkan skapas en tryggare arbetsmiljö, högre kvalitet i vården och ökat förtroende från patienter och anhöriga. Detta bidrar till en innovativ och hållbar verksamhet där både individ och organisation gynnas.

Under våren påbörjades ett pilotprojekt inom kognition i samarbete med Kungsholmens sakkunnig i kognition och läkarorganisationen. Projektet har fortsatt under hösten och kommer även fortsätta 2025.

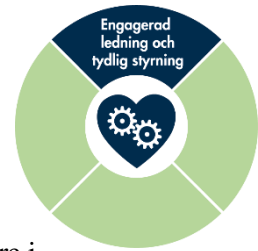
Resultat av genomförda mätningar till följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler har under året kraftigt förbättrats. Verksamheterna behöver dock fortsätta att arbeta kontinuerligt och systematiskt med egenkontroller och utbildningar för att säkerställa och följa upp att medarbetarna har en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och att de använder skyddsutrustning på korrekt sätt.

Uppföljningar och uppgifter som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården håller en god kvalitet. Verksamheterna har under året kommit igång med sitt utvecklingsarbete och man ser en förbättrad kontinuitet bland legitimerad medarbetare 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 boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Kungsholmen.

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra kvalitetsinstrument för uppföljning av hälso- och sjukvården (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 punktprevalensmätning (PPM) för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra punktprevalensmätning (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 sjukvårdsavvikelser 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 Sveriges kommuner och regioner (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 uppskapa 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

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 Kommunen och Regionen. 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,
- Samverkan med Regionen
- 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 Läkare i särskilt boende för äldre (SÄBO) har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Kungsholmens vård och omsorgsboende. En överenskommelse har tecknats lokalt med förvaltningen som gäller för särskilt boende för äldre i egenregi och på entreprenad. Samverkansmöten sker regelbundet under året.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst en gång årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.

- *Säkra vårdövergångar:* Regionens vårdgivare och kommunens vårdgivare/uppdragsgivare inom Kungsholmens stadsdel har tillsammans kartlagt vårdprocessen och haft dialog för att säkra vårdövergångarna.
- *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 medarbetarna 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 dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar dokumentationsstödjaren vid uppföljningar av hälso- och sjukvården.
- *Stöd vid behandling med dialys:* Kungsholmen har tillsammans med Södermalm, och Norra innerstaden tecknat en samverkansöverenskommelse med Dialys Dagvård PD Rosenlund. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården. Läkare och sjuksköterska ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. På Kungsholmen anlitas ett av serviceförvaltningen upphandlade 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) och digitalt signeringsverktyg för läkemedel (Appva) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

En god säkerhetskultur

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

- ta del av avvikelser i journalsystemet Vodok för analys och förbättringsåtgärder,
- ha workshops och föreläsningar ute i verksamheterna i syfte att öka kunskapen om patientsäkerhetskulturen
- 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
- stödja verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följa 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 har använts för ett antal olika utbildningsinsatser efter samordning och planering av MAS och MAR.



- Utbildning i säker läkemedelshantering för vårdpersonal genomfördes av Apoteket AB vid tre tillfällen under våren.
- För att chefer ska få en ökad förståelse för läkemedelshantering inom SÄBO ordnades en digital utbildning i för enhetschefer och biträdande enhetschefer av Apoteket AB.
- För att öka kunskapen om palliativ vård har en utbildning för palliativa ombud har genomförts hösten 2023.
- Sjuksköterskorna inom SÄBO ska leda hälso- och sjukvårdarbetet inom sitt ansvarsområde, dock kan de behöva stöd i sitt ledarskap och under hösten 2024 anordnades två dagarsutbildning ”Att leda utan att vara chef” av utbildningsföretaget LÄRA.
- För att säkra delegeringsprocessen vid läkemedelshantering har verksamheterna fortsatt med digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.
- Nätverksträffar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter på Kungsholmen. De tre stora områden som träffarna fokuserat på är kompetenshöjning och stärkande i yrkesrollen vid arbetet med patienter som befinner sig i livets slut, arbetssätt vid behandling och förebyggande insatser vid kontrakturer/ledvård samt utarbetat nya arbetssätt för samverkan med en av våra hjälpmedelsleverantörer Sodexo.
- ExorLive har införts på våra SÄBO som är digitalt verktyg för främst våra arbetsterapeuter och fysioterapeuter som underlättar att göra skriftliga tränings- och behandlingsprogram till våra patienter.
- Uppföljande möte efter PPM basal hygien med hygienombud och observatörer har genomförts i syfte att gå igenom resultaten och att ta del av varandras erfarenheter.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandeldare en utbildning vid två tillfällen för legitimerad medarbetare på våren 2024.

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 patientens och eller anhörigas synpunkter på händelsen. När utredningen är klar och avslutad kontaktas anhöriga igen för att informera om resultat av utredningen samt om vidtagna åtgärder. Vid uppföljningar av hälso- och sjukvården med verktyget Qusta har vi utökat frågorna om hur verksamheterna gör patienten och anhöriga mer delaktiga i vården.



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 entreprenader. Syftet är även att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård inhämtats med syfte att följa upp 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 %.

Resultat: Samtliga verksamheterna av egen regi använder digital signering i Appva och samtliga når målet. Resultatet visar att 97 % signerar administrerat läkemedel i det digitala verktyget Appva, vilket är ett mycket bra resultat och att 87 % signeras även i tid.

Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering tillsammans med MAS och enhetschef för verksamheten. Resultatet dokumenteras i ett protokoll med förslag på förbättringsområden. Några av de förbättringsområden som var i stort sett lika för alla var att utföra hållbarhetskontroller av läkemedel och att notera brytdatum vid öppnande av läkemedel med förkortad hållbarhet som t.ex. salva, flytande läkemedel.

Analys av resultat: analysen visar att läkemedelshantering fungerar i stort sett bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som medarbetarna i stora delar följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visade sig att både utbildningen i läkemedelshantering och webbutbildningar med kunskapstester har varit viktiga insatser för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

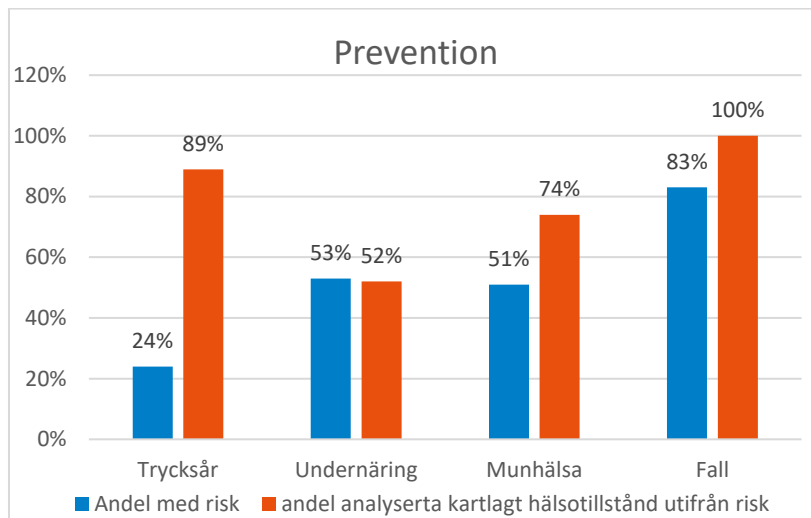
Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och undersköterskor. Följa upp resultat med fokus på att medarbetarna ska signera direkt efter given dos i Appva. Att följa upp de föreslagna åtgärderna i den genomförda kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering och boka in en ny granskning på samtliga verksamheter med avtal med Apotek. Att verksamheterna fortsätter att använda Apotekets webbutbildningar och kunskapstester för en säker delegering av läkemedelshantering.

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

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa med kartlagt hälsotillstånd

Mål: 75 % av de boende med identifierad risk ska ha ett analyserat, kartlagt hälsotillstånd som underlag att upprätta 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 har ett analyserat kartlagt hälsotillstånd. Av mätningarna framgår det att de flesta med risk har ett analyserat kartlagt hälsotillstånd.



Sammanställning PPM - prevention v 10 och v36 2024

Analys av resultat: Resultatet visar på en god följsamhet till dokumentationssystemet, att kunskapen har ökat om vikten av ett kartlagt hälsotillstånd. Dock visar mätningen inte hur analysen av det kartlagda hälsotillståndet har genomförts, vilket troligen genomförs på olika sätt. Det optimala är att hela det multiprofessionella teamet kring den äldre medverkar i analysen.

Åtgärd: Fortsatt stöd till verksamheten i dokumentationssystemet genom att processledare för dokumentation utbildar både i individuellt och i team. Att fortsätta stödja och efterfråga verksamheternas teamarbeten.

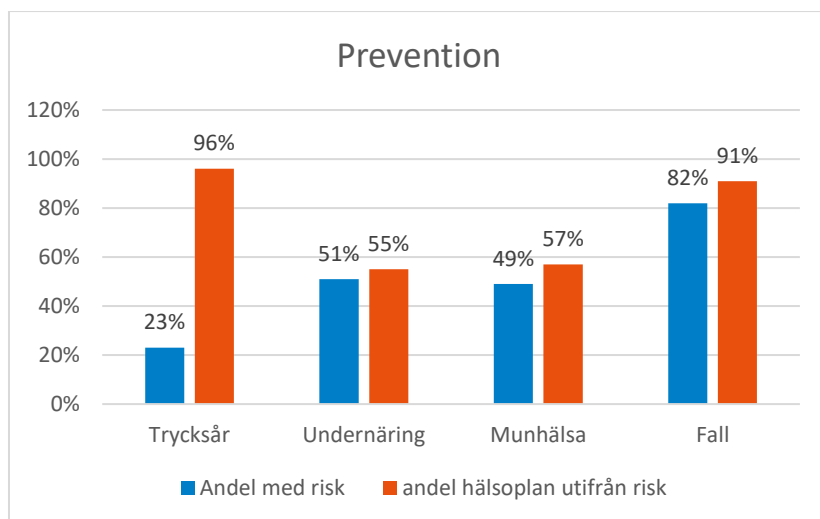
Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM två gånger per år samt granskning av dokumentation både som egenkontroll av verksamheterna två gånger per år och journalgranskning av processledare för dokumentation samt stickprov i ett antal journaler av MAS och MAR i samband med den årliga uppföljningen.

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa med upprättad hälsoplan.

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

hälsoplanerna. Av mätningarna framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid risk för trycksår och fallrisk finns hälsoplaner i högre grad än vid risk för undernäring och ohälsa i munnen. En orsak att det är färre upprättade hälsoplaner vid undernäring kan dels vara omsättning på sjuksköterskor och att det varit en dietist tjänst vakant under en period samt att det är två nya dietister som inte hunnit följa upp tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterskor.



Sammanställning PPM - prevention v 10 och v36 2024

Analys av resultat: Resultatet visar på att kunskapen att upprätta hälsoplan har ökat då följsamheten till journalsystemet har förbättrats och att teamarbetet har kommit i gång, vilket är positivt. Ett område som behöver fortsätta förbättras är munhälsa. En trolig orsak till resultatet är att ansvaret inom munhälsa delas med tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning och baspersonalen som oftast sköter den dagliga munvården.

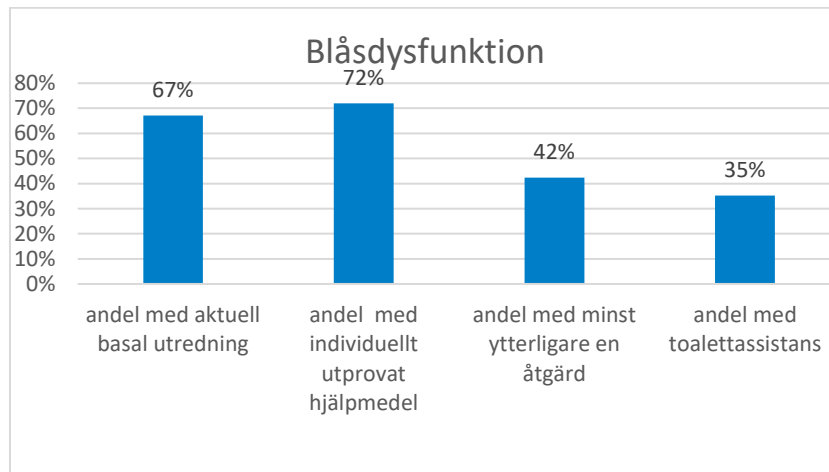
Åtgärd: Fortsatt stöd till verksamheten i dokumentationssystemet genom att processledare för dokumentation utbildar både i individuellt och i team. Att fortsätta stödja och efterfråga verksamheternas teamarbete

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 den årliga uppföljningen.

Blåsdysfunktion

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

Resultat: Resultatet visar att 67 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna vilket är något sämre resultat jämfört med föregående år där 74 % hade en basal utredning. Totalt har 72 % fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Antal patienter som behandlas med urinkateter har ökat kraftigt från föregående år. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v 10 och v36 2024

Analys av resultat: Flertalet har individuella utprovade hjälpmedel, dock behöver andel basala utredningar öka. 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 och en annan trolig orsak är att sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap inom området. Antal personer som behandlas med urinkateter har ökat kraftigt, en trolig orsak är att vid mättillfället hade fler kommit åter från sjukhus där det är vanligt att de behandlas med kateter, en annan orsak är att de som vårdas har ett försämrat hälsotillstånd.

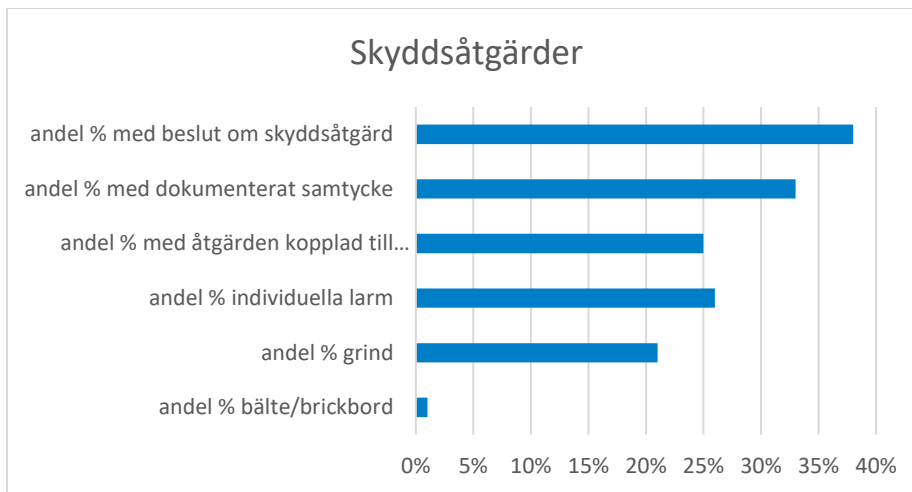
Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Dels genom att bjuda in föreläsare till olika möten för sjuksköterskor både lokalt i verksamheterna samt till nätverksträff. Att fler sjuksköterskor ges möjlighet att genomföra högskoleutbildningen Inkontinensvård vid Sophiahemmet högskola.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år. Samt följa upp hur verksamheterna säkerställer kompetensen i samband med den årliga Qusta uppföljningen.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder fortsätter användas återhållsamt.

Resultat: Resultat av statistik vid två PPM-mätningar under året visar att 38 % av patienterna har beslut om skyddsåtgärd, vilket visar på en liten ökning jämfört med föregående år (31 % 2023). Andelen beslut om skyddsåtgärd är generellt lägre för servicehusen i jämförelse med vård- och omsorgsboende. Majoriteten har ett dokumenterat samtycke.



Sammanställning PPM – skyddsåtgärder v 10 och v36 2024

Analys av resultat: Bedömningen är att användningen av skyddsåtgärder har ökat något och den troliga orsaken är att de personer som flyttar in har ökad risk för fall och larm sätts in som skyddsåtgärd. Andel beslut om grind har minskat vilket kan beror på att fler som flyttar in är uppegående. Andel beslut om skyddsåtgärd kopplat till en hälsoplan har ökat något, dock behöver inte ett beslut om skyddsåtgärden alltid kopplas till en hälsoplan, det viktigaste är att det finns ett beslut dokumenterat i patientens journal. Verksamheterna behöver utveckla arbetssätt för att regelbundet följa upp samtycken och ordinationen för skyddsåtgärden. Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner är något verksamheterna ska förbättra.

Åtgärd: Fortsätta öka kunskapen om skyddsåtgärder och vart beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras samt följas upp.

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 tre av sex verksamheter registrerar i senior alert. Totalt är det 110 unika personer som är registrerade fram till 1 november 2024. Ingen av verksamheterna som registrerar har lagt in samtliga av sina patienter. Av de patienter som är inlagda i registret med en risk har 92 % en åtgärdsplan och 45 % av de planerade åtgärderna är utförda.

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 medarbetarna ska följa samtliga åtta steg i basalhygien och klädregler

Resultat:

Verksamhet:	Vecka 40-41 2023	Vecka 11-12 2024
Alströmerhemmet	76 %	87 %
Fridhemmet	70 %	88 %
Pilträdet	75 %	94 %
Serafen	68 %	92 %
S:t Erik	88 %	94 %
Solbacken	64 %	95 %
Totalen	74 %	92 %

Sammanställning PPM 2024 via stadens system Esmaker.

Analys av resultat: resultaten av PPM av följsamhet av basal hygien har förbättrats för samtliga verksamheter jämfört med föregående mätning hösten 2023. En trolig orsak till att resultaten har förbättrats är att hygienombud och observatörer i verksamheter som genomför mätningen har fått bättre förutsättningar att genomföra observationerna och att det finns goda förutsättningar för medarbetarna att följa basal hygien, att det finns tillgång till tvål, handsprit, handskar och förkläden samt personalkläder. En annan orsak kan vara uppföljande möten där hygienombud och observatörer träffas från alla verksamheter för att gå igenom resultat, dela med sig av sina erfarenheter och ge varandra stöd i sitt arbete. Verksamheterna arbetar strukturerat med egenkontroller och med att kontinuerligt påminna och utbilda i basal hygien. Det har varit en stående punkt vid verksamheternas olika möten. Under 2024 har hygienrond genomförts inom egen regi samtliga verksamheter som också bidragit att stärka och förbättra arbetet med basal hygien och med att förebygga smitta.

Åtgärd: Genomföra PPM Basal hygien och klädregler minst två gånger per år och hygienisk egenkontroll en gång om året. Genomföra hygienrond i verksamheterna tillsammans med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm. 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 och protokoll från hygienrond samt det smittförebyggande arbetet i samband med den årliga QUSTA uppföljningen samt vid verksamhetsbesök.

Infektioner/multiresistenta bakterier

Inhämtad statistik från verksamheterna visar att antal infektioner och vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier fortfarande är relativt lågt vilket är positivt.

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

Resultat: Resultatet av infektionsregistreringen visar att de vanligaste infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och sårinfektioner.

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

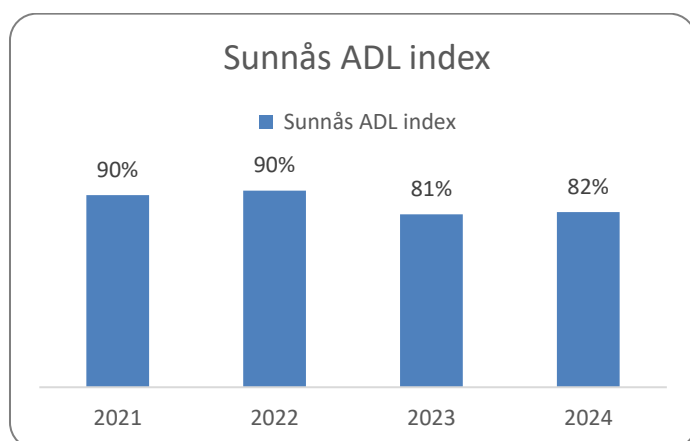
Åtgärd: säkerställa att basala hygienrutiner och klädregler följs. Att hygienronder genomförs på samtliga särskilda boenden Att smittskydds handlingsprogram för anmälningsskyldiga multiresistenta bakterier är känt i verksamheten.

Uppföljning av åtgärd: Sammanställa och ta del av infektionsregistrering minst två gånger per år. Ta del av PPM mätning basal hygien två gånger om året.

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 (82 %) och ger grund för att individanpassa stöd och hjälp i vardagen.



Diagrammet tas fram efter sökning i Vodok

Analys av resultat: Resultatet visar att rutiner för bedömningen är kända av personal och följs. En grundförutsättning till detta är att verktyget är känt och väl inarbetat. I år ser vi en marginell höjning med 1 procent från föregående år, blickar vi tillbaka 2 år så har resultatet legat på 90 %.

En orsak till denna förändring kan vara att patienter som flyttar in på ett särskilt boende i större utsträckning flyttar vidare till annat särskilt boende och då inte ha hunnit få en komplett ADL bedömning. Det kan också vara så att patienter har varit sjuka och direkt krävt insatser av hälso- och sjukvården vilket har gjort att en aktivitetsbedömning har blivit nedprioriterad för stunden.

Det är också så att verksamheter som har lägst procent av genomförande av ADL är de verksamheter som också har de sköraste patienterna med kognitiv svikt och/eller sjukdom. Detta kan resultera i att själva mätinstrumentet kan vara svårt att utföra. De som ligger högst är verksamheter inom servicehus där patienterna har en bättre funktionsförmåga och i en högre utsträckning klarar att delta aktivt vid bedömningstillfället. En annan orsak till ett lägre resultat på utförd ADL kan vara att bemanningen av fysioterapeut och arbetsterapeut inte varit tillräcklig under vissa perioder då det varit en viss omsättning av personal.

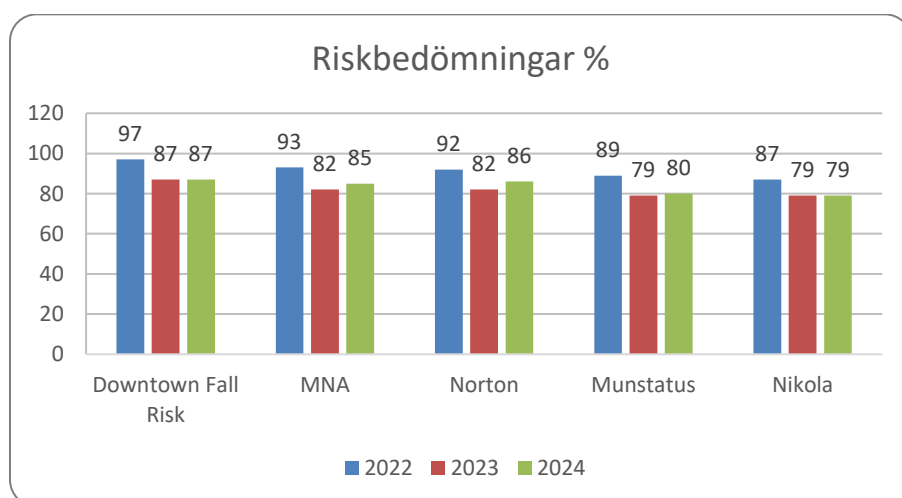
Åtgärd: Följa bemanning av yrkesprofessionen fysioterapeut och arbetsterapeut.

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

Riskbedömningar(statistik från Vodok)

Mål: Att riskbedömningar utförs rutinemässigt 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, inkontinens och fallrisk är oförändrat jämfört med föregående års mätning. Andel riskbedömningar ligger på en god nivå.



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

Analys av resultat: Resultatet visar på samma resultat som föregående år. En trolig orsak är ökad kontinuitet bland legitimerad personal och en ökad kunskap och medvetenhet hos ansvariga chefer.

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

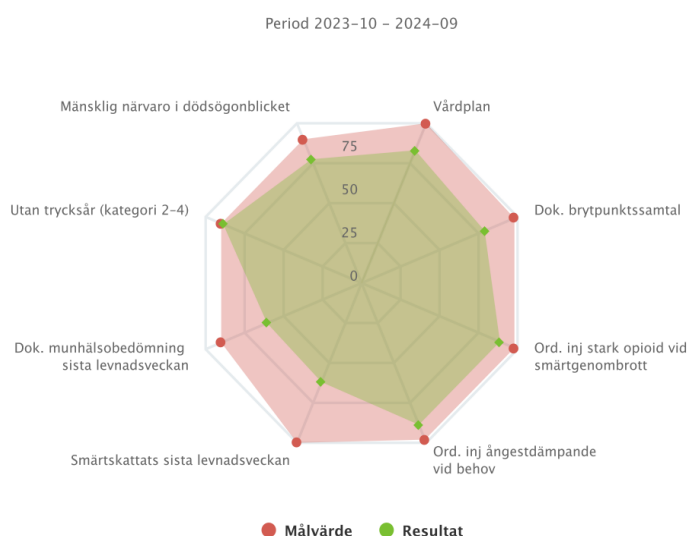
Uppföljning av åtgärd: Ingen aktiv uppföljning av åtgärd

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: Läkarsamtal till patienten har ökat vilket är positivt. De övriga parametrarna ligger ungefär som föregående år. Det som behöver förbättras är bedömd munhälsa och smärtskattning även om resultatet blivit något bättre jämfört med föregående år. Även läkarsamtal till anhöriga behöver förbättras.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Kvalitetsindikator	Målvärde	2022	2023	2024
Eftersamtal erbjudet	100	80	80	80
Läkarsamtal till patienten	100	74	44	79
Munhälsa bedömd	100	61	50	61
Avliden utan trycksår	90	87	67	89
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	82	84	78
Utförd validerad smärtskattning	100	61	69	62
Lindrad från smärta	100	95	92	92
Lindrad från ångest	100	95	91	94
Läkarinformation till närstående	100	65	83	76
Antal vårdtillfällen i urvalet:		40	85	71

Statistik från Svenska Palliativregistret

Analys av resultat: resultatet ligger stabilt jämfört med föregående år. En positiv utveckling som vi ser är en förbättring gällande patienter som är fria från trycksår när de avlider. Några verksamheter har kommit i gång med att utveckla den palliativa vården. Dock behöver arbetet fortsätta att säkerställas.

Åtgärd: att cheferna i verksamheter med stöd av MAS säkerställer den palliativa vården genom att utbildar palliativa ombud som ges möjlighet till nätverksträffar för att fortsätta utveckla det palliativa förhållningssättet inom sin arbetsplats. Att verksamheterna använder Palliativt kunskapscenter (PKC) och palliativa registret i förbättring och utvecklingsarbete. Att diskutera den palliativa vården vid

samverkansmöten med läkarorganisationen. Att medarbetarna använder Dö bra kortleken som stöd för att samtala om hur den äldre vill ha det sin sista tid i livet.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig kontroll av registreringsgrad i palliativa registret, och i samband med årliga uppföljningar av hälso- och sjukvården. Kontroll av dokumentation i Vodok av om det finns dokumenterat i journal hur personen vill ha det sin sista tid i livet.

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 medarbetare 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 medarbetargruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

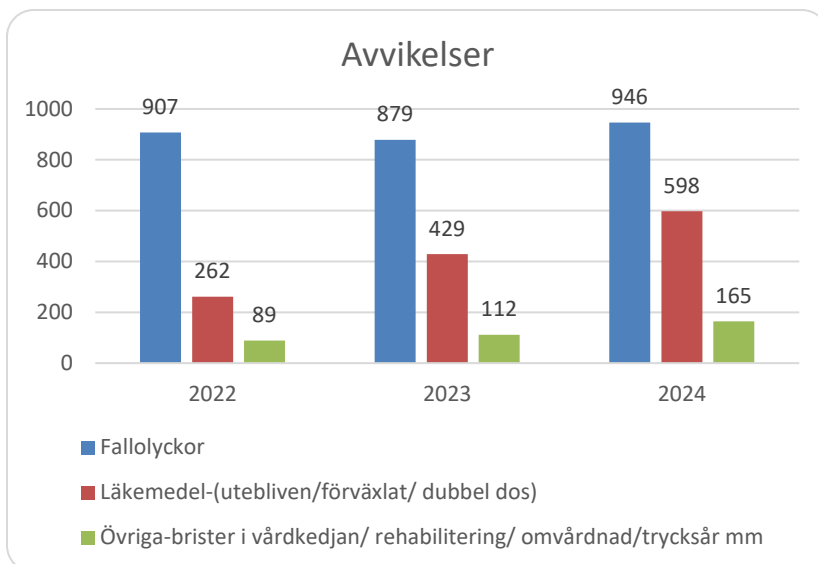


Registrerade avvikelser fall, läkemedel och övriga brister i vårdkedjan, rehabilitering, trycksår mm

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

Resultat: Under året har antal inrapporterade fallavvikelser och läkemedelshantering har ökat jämfört med föregående år ökat i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 . Antal avvikelser i specifik omvårdnad har ökat något och det gäller framförallt att medarbetarna inte satt inkontinensskydd på rätt sätt, inte kontrollerat att behandlande madrasser är fyllda med luft, att de missat att signera att stödstrumpor satts på. Även avvikelser i vårdkedjan har ökat något och det är framförallt brister i informationsöverföring vid utskrivning från slutenvården. Flera av avvikelserna har slutet vården svarat skriftligt med vilka åtgärder de vidtagit. Det är framförallt S:t Göran som svarat.

Verksamheterna har under året genomfört 10 internutredningar vid misstanke om vårdskada. Av dessa har tre anmälts till IVO. Händelserna som anmälts har handlat om fördröjda insatser vid fallolycka med fraktur och en händelse med trycksår som kunnat undvikas och brister i läkemedelshantering. Två av händelserna har medfört allvarliga konsekvenser för patienterna.



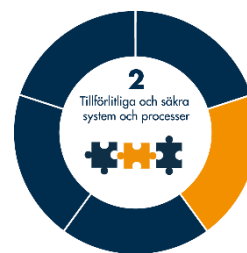
Analys av resultat: Vid årets mätning så har antalet fallavvikelser ökat. Detta kan indikera att medarbetare har god kännedom om hur de registrerar avvikelser som i förlängningen med teamarbete, kunskap och uppföljning skapar en säkrare vårdmiljö för patienter och medarbetare. Det är också så att patienter som flyttar in på särskilt boende idag redan har ett stort behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och ett försämrat funktionstillstånd vilket leder till en högre risk för fall. Ibland är det få patienter som under en viss period faller många gånger, detta trots fallförebyggande åtgärder från legitimerad personal. Som alltid när man ser på statistiska resultat så är det viktigt att bära med sig detta i tanken. Andelen som faller och som resulterar i skada av allvarligare sort är fortfarande få vilket indikerar på att legitimerad medarbetare på ett kreativt sätt skapar en säkrare miljö för våra patienter som riskerar att falla. Ambitionen är alltid att minimera risken för fall, och om ett fall trots detta är det av stor vikt att minimera skaderisken. En del av fallförebyggande åtgärder är då även att anpassa miljön eller andra arbetsätt för att undvika skada om patienten trots fallförebyggande åtgärder fortsatt faller. Som ett led i strävan efter en trygg och säker vård så fortsätter utbildningarna för ny och erfarna medarbetare i att registrera och utreda incidenter i avvikelsemodulen.

Antal läkemedelavvikelser har ökat, en trolig orsak är att fler verksamheter har infört det digitala signeringsverktyget Appva som tydliggör när ett läkemedel inte har signerats eller administrerats. Avvikelser i vårdkedjan har ökat. Totalt har 57 avvikelser i vårdkedjan registrerats i Vodok varav 10 av dem har berört en annan vårdgivare. Avvikelsen har skickats till berörd verksamhet med begäran om svar med vidtagna åtgärder, 7 svar har inkommit. De vanligaste avvikelserna i vårdkedjan är brist i informationsöverföring både internt i verksamheterna och mellan vårdgivare. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Antal utredningar och anmälan av vårdskada är oförändrat. Under 2024 har 10 utredningar genomförts och 3 anmälningar. Det visar att verksamheterna är bra på att rapportera allvarliga händelser, det bidrar till att utveckla och säkerställa vården.

Åtgärd: Ett utbildningsmaterial har tagits fram för att öka kunskapen hos chefer och medarbetare samt att patienter och anhöriga ska göras mer delaktiga i avvikelseprocessen. MAS och MAR deltar på olika möten för att utbilda och diskutera avvikelshantering.

Tillförlitliga och säkra system och processer

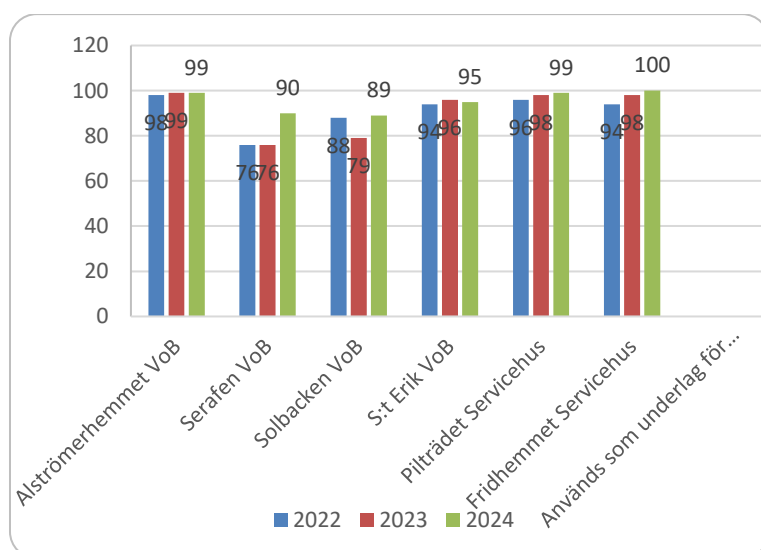
Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Uppföljningarna genomfördes vid olika perioder under året. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik 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 medarbetare. I årets QUSTA har vi lagt till frågor om hur verksamheterna gör patienten och anhöriga delaktiga i vården då det är ett område som behöver förbättras.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA

Mål: 100 %

Resultat: Samtliga verksamheter visar på stabila resultat avseende ledningssystem med rutiner för hälso- och sjukvård och ett närvarande ledarskap. Dock behöver verksamheterna hitta former för att göra patienter och anhöriga delaktiga. Måluppfyllelse enligt QUSTA ligger mellan 89– 100 % vilket är något högre än föregående år. Fridhemmets servicehus har i år nått 100 % vilket visar på en väl fungerande verksamhet. 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 har förbättrats för samtliga verksamheter vilket är positivt dock behöver Psykisk hälsa fortsätta att utvecklas. Både Solbacken och Serafens vård och omsorgsboende har förbättrat sina resultat jämfört med föregående år. De har arbetat strukturerat med sitt ledningssystem och vidtagit nödvändiga åtgärder. Serafen har idag en stabil ledning och fler anställda sjuksköterskor vilket medfört att de lättare kunnat identifiera sina utvecklingsområden. Dock kvarstår det att fortsätta implementera rutiner och arbetssätt i det dagliga arbetet.

Åtgärd: Stödja cheferna i att utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens processer genom att delta vid olika möten med legitimerad medarbetare, stödja i framtagandet av lokala rutiner, begära in egenkontroller, erbjuda utbildning för legitimerad medarbetare.

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 genomförs vid behov stickprovsgranskningar 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 resultat från granskning av förvaltningen processledare dokumentation bedöms att journalföringen är mer stabil inom några verksamheter då det är mer kontinuitet bland sjuksköterskor och färre vikarier. I några verksamheter syns teamarbetet tydligare och hälsoplaner har upprättats dock följs de inte alltid 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 samt fortsätta följa upp och utvärdera hälsoplanerna. Patientens önskemål och delaktighet behöver synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Resultatet av verksamheternas egenkontroll visar på en något snällare bedömning av dokumentationen, dock finns flera likheter med processledarens granskning vilket ger ett bra utgångsläge för att utveckla och säkerställa dokumentationen.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökat stöd och kunskap. Att verksamheterna behöver se över arbetssätt och rutiner där dokumentationen ingår i det dagliga arbetet.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens processledare för dokumentation för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling. Några verksamheter behöver fler handledare för att på så sätt ge mer stöd i det dagliga arbetet.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta begära in egenkontroller, genomföra stickprov samt att processledaren för dokumentation 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 2024 har 741 patienter blivit erbjudna en munhälsobedömning och 422 genomfördes vilket är 59 %. Det är en ökning jämfört med föregående år då 264 munhälsobedömningar genomfördes.

Analys av resultat: En trolig anledning till att det har ökat är att det är en bättre kontinuitet bland sjuksköterskorna som har kunskapen om hur de erbjuder munhälsobedömning genom tandvårdenhetens digitala verktyg samt att kunskapen om vikten av att ha en god munhälsa har ökat. Verksamheterna har en bra kontakt med företaget som utför munhälsobedömningar vilket underlättar planering och att genomföra bedömningar och den nödvändiga tandvården samt att personalen kontinuerligt får utbildning i området munhälsa.

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 tandvårdenheten 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. 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. Även fysioterapeuter och arbetsterapeuter är en yrkesgrupp som blivit svårare att rekrytera vilket också ger brister i kontinuiteten gällande det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.



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 Beställarenheten och Regionen. Förvaltningen har tagit initiativ till ett samverkansmöte med Regionens olika verksamheter och kommunens verksamheter för att säkra vårdövergång och nå en sömlös vårdkedja. Två möten har genomförts under hösten 2023 och våren 2024 och efter det senaste mötet har en arbetsgrupp har tillsatts för att kartlägga Regionens vårdgivare och stadsdelens utförare samt ta fram en modell för att kunna visualisera vårdprocessen och på så sätt få en ökad förståelse för vårdkedjans komplexitet.

Under våren 2024 infördes Rondplattformen, ett digitalt verktyg för att säkerställa och underlätta kommunikationen mellan legitimerad personal och ansvarig läkare. Det är på läkarorganisationen initiativ som Rondplattformen via företaget Collabodoc har införts. Enligt sjuksköterskorna så har det underlättat mycket av deras dagliga arbete.

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. Uppföljningen av riskanalyserna visade att bemanningsplanering i stor utsträckning fungerat bra och patientsäkerheten har inte äventyrats. Läkarinsatserna under sommaren har fungerat bra trots att läkarorganisationen haft olika vikarier.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för t.ex. 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.

En riskanalys och handlingsplan för ett smittförebyggande arbete har tagits fram och genomförs en gång om året för att ytterligare säkerställa följsamheten till basal hygien och klädregler.

Stärka analys, lärande och utveckling

Hälso- och sjukvårdens processteam består av MAS och MAR, biträdande enhetschefer som ansvar för hälso- och sjukvården inom egen regi.

Processteamet träffas en gång i månaden och 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.

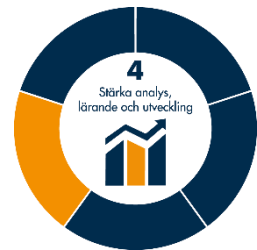
Under 2024 har processteamet fortsatt arbeta med flera områden som framkom i samband med arbetet med handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete som togs fram utifrån SKR analysverktyg 2022. De områden som varit i fokus är öka kunskapen hos medarbetarna om patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur, få patienten mer delaktig i både verksamheternas processer och i den egna vården, samverka mer med beställarenheten för säkrare vårdövergångar. Processteamet har också fokuserat på att ta fram gemensamma rutiner utifrån MAS och MAR regler som tidigare fanns på intranätet. Ett stort gemensamt arbete under 2024 med läkarorganisationen var att införa Rondplattformen, ett verktyg för att underlätta och säkra kommunikationen mellan legitimerad personal och läkare.

Arbetet med Hälso- och sjukvårdens processteam kommer att fortsätta att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och ta fram gemensamma rutiner och utveckla nya arbetssätt.

Avvikelse rapporteringen har ökat något framför allt inom läkemedelshantering, en trolig orsak är att det digitala signeringsverktyget APPVA synliggör avvikelser på ett lättare sätt och MAS och MAR utbildat och lyft vikten av att skriva avvikelse vid olika möten i verksamheterna. Dock är detta ett fortsatt förbättringsområde och vi ser ett behov av fortsatt utbildningsinsatser i olika former och på olika sätt i verksamheterna. Under 2024 kommer MAS och MAR fortsätta utbilda och lyfta vikten avvikelse rapportering till medarbetare och chefer inom verksamheterna.

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 har fortsatt utvecklats och säkerställts genom att samtliga verksamheter har infört APPVA ett digitalt verktyg för signering av läkemedel. Verktyget larmar om läkemedlet inte är givet, både till delegerade medarbetare och till sjuksköterskan, detta medför att den äldre får sina läkemedel i rätt tid. Verksamheterna har också fortsatt använda webbutbildningar och kunskapsstester



inför ny och förlängd delegering vilket medför krav på ökad kunskap. Flera av medarbetarna från verksamheterna har deltagit i Apotekets AB grundutbildning i läkemedelshantering, och några chefer har gått en webbutbildning i säker läkemedelshantering för att bättre ha en förståelse för de krav som ställs för en säker läkemedelshantering, med utbildningarna och med ökade krav vid delegering och införande av det digitala verktyget APPVA har det medfört en säkrare läkemedelshantering. Även avvikelser i läkemedelshantering blir mer synliga genom det digitala verktyget och antal avvikelser i läkemedelshanteringen har ökat. Viktigt att fortsätta följa utvecklingen för en säker läkemedelshantering.

Två gånger om året genomförs PPM basal hygien och klädregler och det är utbildade observatörer och hygienombud i verksamheterna som genomför mätningarna. Efter varje mätning genomförs ett uppföljande möte där MAS, hygiensjuksköterskan från Vårdhygien träffar observatörer och hygienombud från de olika verksamheterna för att följa upp vad som gått bra och vad som behöver förbättras, vilket leder till ökad kunskap om området och de 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 medarbetarna brister, det ökar både medvetandet och kunskapen hos medarbetare, 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. Under 2024 har hygienronder med Vårdhygien genomförts inom tre verksamheter vilket också bidrar till ökad kunskapen och förbättringar inom området. Två gånger om året har verksamheterna rapporterat in infektionsläget som visar på ett lågt antal infektioner vilket också visar på god följsamhet till basal hygien.

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. Resultatet visar på att verksamheterna har rutiner och kompetens för en god och säker hälso- och sjukvård. Medarbetarna är väl insatta i sin verksamhet och kan beskriva vad som fungerar bra och vilka utvecklingsområden som finns.

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser är ett område där kontinuerliga insatser av stöd och utbildning behövs dels pga. av omsättning bland legitimerad medarbetare, och att systemet inte upplevs så användarvänligt. Samtliga verksamheter har dokumentationshandledare som kan stötta i det dagliga arbetet med dokumentation vilket ger goda förutsättningar för en bättre hälso- och sjukvårds 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

Förvaltningen har tillsammans med verksamheterna tagit fram processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet. Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Vid Hälso- och sjukvårdens processteams planeringsdag september 2024 var kris och beredskap en punkt på dagordningen och förvaltningens krissamordnade var inbjuden. Det arbetet har lett till 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. En viktig del i kompetensutveckling är att praktiskt få träna olika metoder/vårdinsatser. Att starta ett kliniskt metodrum för medarbetare på Kungsholmen är en viktig del i att höja kompetensen men också att få träna på vårdinsatser som kan vara mer komplicerade. Från juni 2024 har det anställts en projektledare för att starta det kliniska metodrummet.



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 2025:

9. 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 och patientens delaktighet
 - genomföra PPM för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra PPM för basal hygien och klädregler två gånger per år
 - inhämta sammanställning av infektionsregistrering två gånger per år
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser 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.
 - Följa upp implementeringen av Rondplattformen som kommunikationsverktyg mellan legitimerad personal och läkare. Verktöget ska underlätta det dagliga arbetet vilket medför en säkrare och mer tillgänglig bättre vård för våra äldre.
10. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information
11. 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.
12. Pilotprojekt i kognition på våra särskilda boenden. Pilotprojektet är ett samarbete mellan läkarorganisationen, MAS och MAR samt sakkunnig i kognition. Ett kompetenshöjande och utvecklande projekt som riktar sig till arbetsterapeuter och fysioterapeuter som utförare i syfte att

förbättra kartläggningen av våra patienters styrkor och behov för en bättre och mer personcentrerad vård.

13. Öka kunskapen inom området kontinens
14. 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
 - Bjuda in till nätverksträffar för sjuksköterskor på Kungsholmen
 - Bjuda in till nätverksträffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter i innerstaden
 - Delta vid verksamheternas nätverksträffar för palliativa ombud
15. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
16. Samverka med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.
17. Samverka med beställarenheten för säkrare vårdövergångar
18. Aktivt följa arbetet i det kliniskt metodrum för att säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier