



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering
Norra innerstadens stadsdelsnämnd
År 2024



2024-

Dnr:

Ida Rupush, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Malin Junerud, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

För 2024 redovisas sammantaget resultat från stadsdelens vård- och omsorgsverksamheter. Norra innerstadens verksamheter som kommer att vara i sammanställningen är Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende, Riddargårdens vård- och omsorgsboende, Kampementets vård- och omsorgsboende, Rio vård- och omsorgsboende, Katrumpstullens vård- och omsorgsboende samt Linnégårdens vård och omsorgsboende. Verksamheterna upprättar egna verksamhetsnära patientsäkerhetsberättelse som ska vara tillgänglig på förvaltningen senast den förste mars.



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

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

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård	1
Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023 var:	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Intern samverkan	10
Extern samverkan.....	11
Systematiskt informationssäkerhetsarbete	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Bemanning.....	14
Kompetensutveckling hos medarbetare	14
Den äldre och närstående som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Läkemedelshantering	16
Läkemedelsgenomgång.....	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	19
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA	19
Hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	20
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – punktprevalensmätning vårdindikatorer	20
Blåsdysfunktion	21
Skyddsåtgärder.....	22
Trycksår och bedömd risk enligt Norton	23
Nutritionsstatus enligt MNA	24
Munhälsobedömning	25
Fallprevention	26
Vaccinationer.....	27
Säker vård här och nu.....	28
Är vården säker idag.....	28
Riskhantering.....	28
Stärka analys, lärande och utveckling	29
Klagomål och synpunkter	31
Öka riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	32

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över MAS och MARs arbete under 2024 och en sammanfattad bedömning av den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Norra innerstadens stadsdelsförvaltnings verksamheter.

Under 2024 har satsningar gjorts på verksamheter i egen regi inom området läkemedelshantering för att ytterligare stärka patientsäkerheten. Bland annat så har Apotekets ABs digitala delgeringsutbildning med tillhörande kunskapsprov införts för att öka kunskap och kompetens inom området läkemedelshantering hos undersköterskor. Stadsdelen har även köpt in nya läkemedelsskåp med digitala spårbara lås för att ytterligare säkerställa en trygg och patientsäker läkemedelshantering. Arbetet med införande av Appva digital läkemedelssigenering fortsätter under 2024 och verksamheten Rio vård- och omsorgsboende går in i systemet under hösten 2024.

I stadsdelsförvaltningen fortsätter arbetet med vårdhygien, basal hygien och klädregler samt smittförebyggande arbete. Source control vid virusutbrott implementeras, kohortvård och provtagning fortsätter i enlighet med Socialstyrelsen rekommendationer för att minska smittspridning i verksamheterna. Arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och smittförebyggande åtgärder är ett fortsatt fokusområde. Norra innerstaden har under 2024 upprättat ett nätverk för hygienombud för att lyfta det vårdhygieniska arbetet och främja kollegialt lärande genom föreläsningar och utbildningar för hygienombuden. Nätverket för hygienombud leds av stadsdelens adjungerande kliniska adjunkt/verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård. Resultat av genomförda mätningar under året visar på att det finns utvecklingsområden och verksamheterna behöver fortsätta att kontinuerligt och systematiskt arbeta med att säkerställa och följa upp att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler samt använder skyddsutrustning på korrekt sätt.

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

Prioritering för nästkommande år är att fortsätta implementering av digital läkemedelssigenering, utbildning för undersköterskor i vitala parametrar, fortsätta stärka samarbetet mellan stadsdelens vård- och omsorgsboenden, fortsatt omtag i nationella kvalitetsregister samt medverka vid införande av GLIM diagnosticering av undernäring.

Norra innerstadens har under 2024 påbörjar ett arbete tillsammans med Kungsholmens stadsdelsförvaltning och Södermalms stadsdelsförvaltning för att utarbeta gemensamma hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetsprocesser.

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

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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



Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Äldreomsorgens övergripande mål är att varje boende ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Den vård som ges ska uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition¹

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

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023 var:

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

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - på ett strukturerat sätt följa upp verksamheterna genom dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal
 - halvårsvis följa utvecklingen av riskbedömningar och bedömning av ADL
 - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation
 - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser
 - stickprovsgranska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egen regi med fokus på hälsoplaner
 - genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året
 - genomföra punktprevalensmätning över läkemedelshanteringen två gånger under året
 - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - revidera riktlinjer och regler i samverkan med övriga MAS/MAR i Stockholm stad

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

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

- utifrån resultat och analys, planera kompetenshöjande satsningar för verksamheter i egen regi
2. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna
 - medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - stödja chefer i att upprätta rutiner och utveckla arbetssätt inom identifierade utvecklingsområden
 - ge stöd i fortsatt arbete med digital läkemedelssigenering
 - särskilt uppmärksamma psykisk hälsa och handleda/utbilda i ämnet
 - starta nätverk för hygienombud, sjuksköterskor och sårombud
 - upprätthålla nätverk för enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar
 3. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad för att säkerställa likvärdig vård.

Övergripande mål och strategier för förvaltningens patientsäkerhetsarbete under 2024 resulterade i en bedömning att hälso- och sjukvården i verksamheterna behöver prioritera utbildning och kompetenshöjande insatser för att möta framtida behov. Riktade kunskapshöjande satsningar kommer att genomföras under 2025 som omfattar bland annat tagning av vitala parametrar, interprofessionell kommunikation och överrapporteringsmetod, sårvård och första hjälpen till psykisk hälsa. Planerade satsningar kommer att omfatta både ledning och medarbetare.

Organisation och ansvar

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

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

Nämndens ansvar

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

² Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Vårdgivarens ansvar

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

Verksamhetschefens ansvar

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

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

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

Medarbetare

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Intern samverkan

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

- *Arbetsmöten för att utveckla gemensamma dokument och frågor:* MAS och MAR i innerstadens stadsdelsförvaltningar har genomfört regelbundna arbetsmöten. Regler och tillhörande dokument har reviderats under året och publicerats på MAS/MAR innerstadens sida på intranätet. Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) har reviderats under året för att synliggöra och stärka den äldres och närståendes roll i hälso- och sjukvården. Reviderad version av QUSTA kommer att användas vid uppföljningar 2025. Varje år genomförs riskanalys gällande bemanning och beredskap för sommar och jul-nyår inom MAS/MAR gruppen och i verksamheterna.
- *Samverkan med hela Stockholms stads MAS/MAR nätverk:* MAS och MAR har deltagit i samverkansmöten med stadens MAS/MAR nätverk. I nätverket utformas gemensamma stadsövergripande riktlinjer för hälso- och sjukvård. Informationsöverföring och erfarenhetsutbyte sker i syfte att göra stadens hälso- och sjukvård likvärdig.
- *Samverkan med Äldreförvaltningen:* MAS och MAR har deltagit på äldreförvaltningens regelbundna träffar där information och erfarenhetsutbyte har stort fokus. MAS och MAR har deltagit i Äldreförvaltningens möten om verksamhetsuppföljningar.
- *Samverkan med MAR nätverket i Stockholms stad:* MAR har regelbundet deltagit i nätverksmöten för MAR i Stockholms stad. Syftet med MAR nätverket är att stödja samt utveckla verksamheterna i Stockholms stad.
- *Stöd i egen regi:* MAS har kontinuerlig haft kontakt med chefer inom äldreomsorgsavdelningen, konsulterat och gett råd till chefer och legitimerad personal MAS har haft nära samarbete med övriga nyckelfunktioner inom avdelningsstödet så som dietister, verksamhetscontroller/verksamhetsutvecklare, adjungerad kliniskt adjunkt (AKA) samt externa aktörer inom staden.
- *Hälso- och sjukvårdsmöten i egen regi:* MAS och MAR har samordnad och lett nätverksträffar för chefer med hälso- och sjukvårdsansvar. Syftet med nätverket är att skapa likvärdig vård och omsorg inom avdelningens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar. Nätverksmöten är ett forum för delgivande av aktuell information och möjliggör informationsutbyte mellan verksamheter. Forumet främjar strukturerar och implementering av stadsdelsgemensamma processer och arbetssätt. Inom nätverket formuleras och samordnas gemensamma kompetenshöjande satsningar
- *Säker nutrition:* MAS samarbetar med förvaltningens dietister med syfte att ta fram och implementera verktyg som stärker sjuksköterskans kompetens inom nutrition och tydliggör ansvarsområdet, processer, rutiner och det systematiska arbetet med nutritionsfrågor.
- *Säker dokumentation:* MAS och MAR har kontinuerligt samarbete med förvaltningens verksamheter för att säkerställa kvaliteten i hälso- och sjukvårdsdokumentation. En viktig resurs för att säkerställa kvalitet i dokumentation är processhandedarfunktionen som finns i förvaltningen.

- *Säker läkemedelshantering:* MAS har regelbundet deltagit i referensgruppsmöten för att utveckla och implementera fortsatt användning av digital läkemedelssignering (APPVA).
- *Nätverk för rehab personal för innerstaden:* MAR är sammankallande för nätverket. Möten har regelbundet genomförts under året och bland annat innefattat kompetenshöjande insatser för rehabiliteringspersonal. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för sjuksköterskor:* MAS är sammankallande för nätverket. Möten har genomförts under året och bland annat innefattat kompetenshöjande insatser för sjuksköterskor. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för palliativ vård:* MAS har hållit i regelbundna nätverksträffar för palliativa ombud. Syftet med nätverket är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.
- *Nätverk för sårombud:* MAS har initierat nätverk för sårombud. Syftet med nätverket är kunskapshöjning där representanter från samtliga professioner på vård- och omsorgsboende deltar.
- *Nätverk för hygienombud:* AKA har under året initierat nätverk för hygienombud. Syftet med nätverket är kunskapshöjning där representanter från samtliga professioner på vård- och omsorgsboende deltar.

Extern samverkan

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

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK)
- Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid tandvårdsenhetens uppsökande verksamhet & nödvändig tandvård
- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och fotsjukvård i särskilda boenden för äldre samt dosläkemedel
- Omhändertagande av avlidna
- Samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård & omsorg för äldre
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Palliativt kunskapscenter (PKC)

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

- *Läkartillgänglighet:* Capio Legesvisitten AB har under året ansvarat för Rio vård- och omsorgsboende och Katrumpstullen vård- och omsorgsboende. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB har ansvarat för Sabbatsbergsbyn vård- och omsorgsboende, Väderkvarnen vård- och omsorgsboende, Linnégården vård- och omsorgsboende, och Kampementet vård- och omsorgsboende. Entreprenörsdrivna Riddargården vård- och omsorgsboende har en läkare knuten till verksamheten och företaget. Företrädare för läkarorganisationerna och ledning i verksamheterna träffas årligen samt vid behov. Samverkansöverenskommelse har reviderats under året och skrevs på av MAS i december 2024. MAS deltar regelbundet på samverkansmötena med respektive

läkarorganisation. Läkarorganisationerna samverkar regelbundet med nätverket MAS/MAR i länet

- *Läkemedelsgenomgångar*: läkarorganisationen ansvarar för läkemedelsgenomgångar som ska genomföras årligen i nära samarbete med omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- *Säker läkemedelshantering*: Apoteket AB genomför årligen uppföljning av läkemedelshanteringen och läkemedelsrutiner i samtliga verksamheter. Förvaltningen har haft samverkansmöten med berörda aktörer i samband med fortsatt implementering av digitalt verktyg för läkemedelssignering
- *God följsamhet till basala hygienrutiner*: verksamheter, MAS och AKA samarbetar med Vårdhygien som gör uppföljningar och bistår med bedömning av hygienisk standard, råd, stöd och utbildning till verksamheterna
- *Munhälsovård*: MAS är kommunens kontaktperson mot Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltnings enhet för tandvård som årligen genomför samverkansmöten. I stadsdelen finns en kommunal handläggare som hanterar behörigheter i Symfoni/Menuett, system för utförande av tandvårdsintyg
- MAS har deltagit i samverkansmöten med Tandvårdsenheten, Patientnämnden, PKC och GSA
- MAS har varit Stockholms stads representant i regionalt nätverk för MAS och MAR.
- MAR har deltagit i länsövergripande nätverksmöten för MAR för omvärldsbevakning, kunskaps- och erfarenhetsutbyte

Systematiskt informationssäkerhetsarbete

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

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

Information skyddas med hjälp av:

- Digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram,
- Fysiska skydd; t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler,
- Administrativa skydd; styrande och stödjande dokument och
- Mänskliga skydd; kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras.

Systematiskt arbete med NIS-direktivet

Nämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Inom nämndens ansvarsområde omfattas hälso-

och sjukvård av NIS-direktivet. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är fortlöpande, följs upp kontinuerligt och utvecklas genom samverkan med nämndens informationssäkerhetssamordnare (ISAM).

Systematiskt arbete med GDPR

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

Skydd av nätverk

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

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten på förvaltningsnivå:

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

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

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

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok 2.0 för analys och förbättringsåtgärder
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok 2.0
- delta vid verksamheternas hälso- och sjukvårdsmöten eller andra forum där flera yrkesgrupper deltar i diskussionerna om avvikelserna i ett lärande syfte
- stödja verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följa upp att lämpliga åtgärder vidtagits



- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) och att återkoppla IVOs beslut till verksamheten. Nämndens sociala delegation delges dessa beslut i samband med ordinarie sammanträden.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Bemanning

Verksamheterna följer kraven som ställs på personaltäthet för verksamheter med demens- respektive somatisk inriktning. Samtliga verksamheter i egen regi har legitimerad sjuksköterska i verksamheten dygnet runt. För att ytterligare trygga patientsäkerheten har fler rehab personal anställts. De entreprenörsdrivna verksamheternas scheman har enligt rutin granskats under året och samtliga utförare följer gällande avtal. Personaltätheten följs även upp i samband med QUSTA uppföljning och riskanalys inför sommar- och julledigheter.

Kompetensutveckling hos medarbetare

För att säkerställa kompetensen hos vårdpersonalen och möta nutidens och framtidens krav på hälso- och sjukvårdsinsatser har Norra innerstadens stadsdelsförvaltning fortsatt arbetet med Metodikum på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Metodikum ger äldreomsorgens medarbetare möjlighet att träna på kvalificerat omhändertagande och utveckla kliniska färdigheter i en anpassad miljö. Syftet med Metodikum är att öka medarbetarnas kompetens inom specifika utvecklingsområden anpassade till verksamhetens behov. Under 2025 fortsätter utvecklingen av Metodikum med mål att samtliga verksamheter i egen regi nyttjar lokalen. Kompetenshöjande insatser som sker följer verksamhetsplan på områdesnivå.

Verksamheter i egen regi har under 2024 genomfört Demenscentrums utbildning för stjärnmärkning. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som vänder sig till vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter och hemtjänst. Syftet med utbildningsmodellen är att ge medarbetare kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet med äldre med demenssjukdom.

I samtliga vård- och omsorgsboenden finns palliativa ombud för att trygga den palliativa processen. Under året har de flesta av dem genomfört utbildningar som anordnas av Palliativt kunskapscentrum Region Stockholm (PKC). PKC har i uppdrag att sammanställa aktuell forskning, utbilda samt driva palliativa frågor. Rollbeskrivning för palliativa ombud har under 2024 uppdaterats och implementerats på samtliga verksamheter i egen regi. Under året har stadsdelsövergripande nätverksträff för palliativa ombud genomförts med bland annat kartläggning av utvecklingsområden och förutsättningar för kollegialt lärande.

Förvaltningen genomför punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHCR) för personal i vård- och omsorgsboenden två gånger per år. Under 2024 startades hygiennätverk som leds av stadsdelens AKA/verksamhetsutveckla hälso- och sjukvård. Nätverksträff genomförs med syfte att presentera resultatet av PPM BHCR och fortbilda medarbetare inom området vårdhygien. Stadsdelens AKA och MAS har ett nära samarbete med vårdhygien Stockholm och föreläsning av hygiensjuksköterska har planerats till 2025. Under året har en kartläggning gjorts av verksamheternas hygienarbete och våren 2025

genomförs vårdhygienisk egenkontroll (VEK) i samtliga verksamheterna för att ytterligare belysa området. Resultatet av VEK används i verksamhetens utvecklingsarbete.

Punktprevalensmätning genomförs även över vårdindikatorerna nutrition, trycksår, fall, inkontinens och munhälsa. Utöver punktprevalensmätning över vårdindikatorer och PPM-BHCR har stadsdelen infört punktprevalensmätning läkemedelshantering som endast utförs i Norra innerstaden. Resultatet av mätningarna analyseras och används i utvecklingsarbetet i verksamheterna.

Syftet med PPM är att verksamheterna själva synliggör sina utvecklingsområden och är även en insamlingsmetod för rådata över vårdkvalitet. Norra innerstaden i samarbete med Södermalm och Kungsholmen har utformat ett eget instrument för att fortsätta mätningar som bidrar till vidareutveckling. Första mätningen med det nya verktyget genomförs våren 2024. Samarbetet mellan stadsdelsförvaltningarna är en del av gemensam kompetensutveckling och säkerställande av jämlika arbetssätt och processer. Under 2025 kommer Äldreförvaltningen utveckla ett nytt verktyg för att möjliggöra stadsövergripande jämförelse.

Kunskap är en färskvara och därför behöver verksamheterna arbeta kontinuerligt med fortbildning. Under 2024 startas flera nätverks i Norra innerstaden med syfte att utveckla kompetens och kunskap hos medarbetare. Nätverk är även ett sätt att främja samarbetet mellan verksamheter i egen regi. Nätverken träffas kontinuerligt under året. Verksamheterna i egen regi har under året arbetat aktivt med att stärka undersköterskans roll, bland annat genom utbildning, ombudsroller och nätverksdeltagande för att stärka patientsäkerhetsarbetet och öka Norra innerstadens attraktivitet som arbetsgivare. Under 2025 sker en kartläggning över antal undersköterskor kvalificerade att söka skyddad yrkestitel och planering av satsning för att medarbetare som saknar tillräckligt med poäng att söka skyddad yrkestitel uppnår kraven att söka.

Den äldre och närstående som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



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

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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

MAS och MAR arbetar systematiskt med att granska och följa upp kvaliteten i förvaltningens verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar. Det systematiska arbetet består av

punktprevalensmätningar, analys av egenkontroller, QUSTA, granskningar och utredningar av avvikelser. MAS tar även del av rapporter från externa läkemedelsgranskningar och resultat från läkarorganisationerna bland annat resultat av läkemedelsgenomgångar och vaccinationer.

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

Läkemedelshantering

Mål: i enlighet med HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska verksamheter som hanterar läkemedel genomgå regelbunden extern kvalitetsgranskning. Syftet är att säkerställa att läkemedelshanteringen sker enligt gällande regler och föreskrifter. Målen i verksamheterna är:

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

Resultat: extern kvalitetsgranskning har genomförts på alla verksamheter.

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

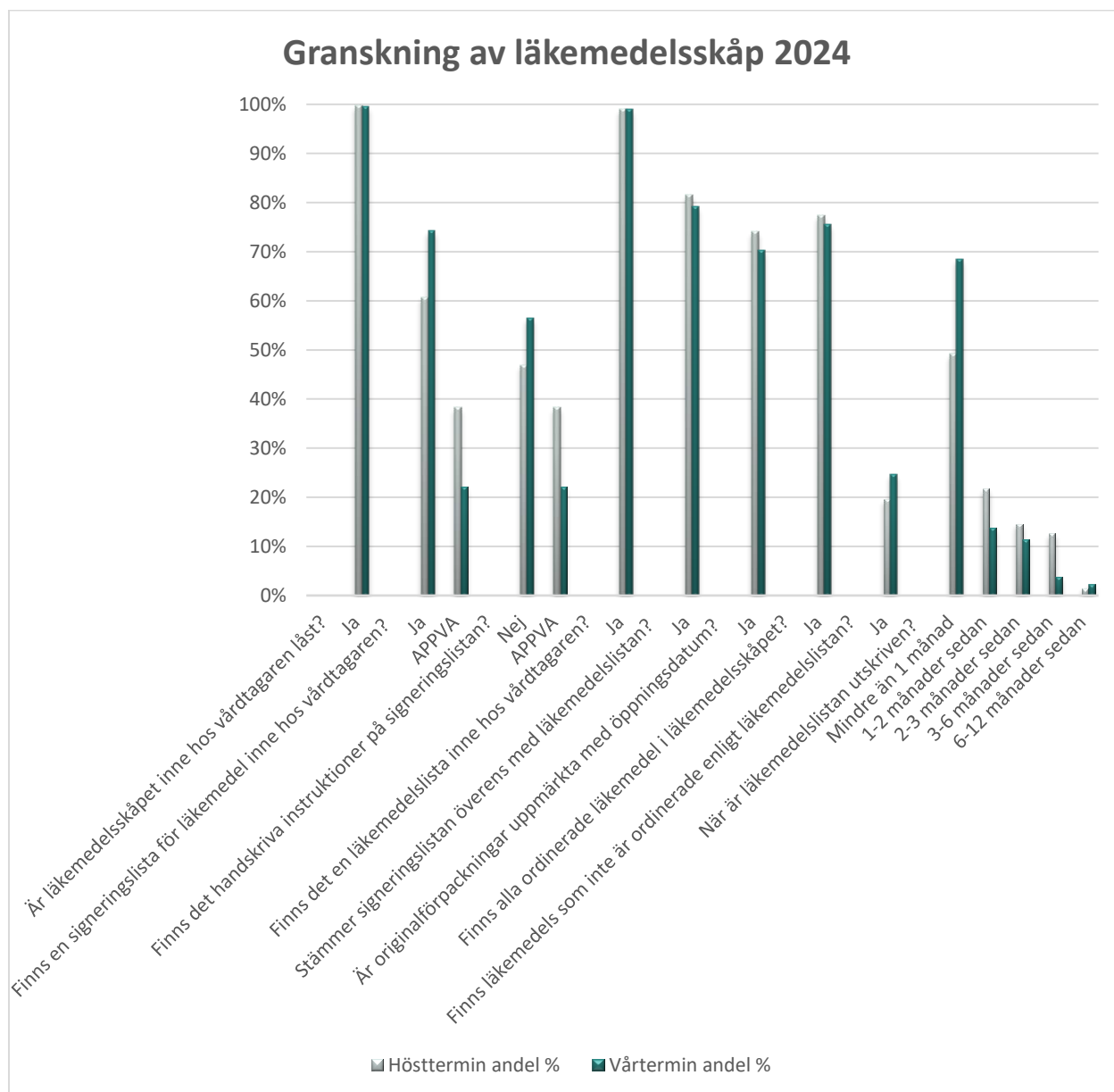
Vård- och omsorgsboenden visar överlag god följsamhet till läkemedels- och delegeringsrutiner. Samtliga granskade verksamheter har följt upp brister som framkommit under föregående års granskning. Vid granskning 2025 följs åtgärdsplan för 2024 upp.

Brister som har noterats är otydliga signaturer i narkotikajournal, otydliga eller ofullständiga rutiner gällande läkemedelshantering (i samband med att Appva digital signering införs behöver lokala rutiner uppdateras), datummärkning av öppna originalförpackningar och förvaring av personbundna läkemedel. Förvaring av läkemedel sker enligt föreskrifter och läkemedelsrummen är lättöverskådliga och över lag sker läkemedelshanteringen på verksamheterna i enlighet med HSLF-FS 2017:37. I samband med QUSTA följs läkemedelshantering upp ytterligare.

Under 2024 har Kampementet vård- och omsorgsboende och Kattrumpstullen vård- och omsorgsboende ytterligare säkrat förvaring, hantering och uppföljning av läkemedelshantering med läkemedelsskåp med spårbara digitala lås. Narkotikasvinn i förvaltningens verksamheter i egen regi har polisanmälts och utretts intern. Vid narkotikasvinn upprättas handlingsplan och adekvata åtgärder sätts som exempelvis tätare kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel, dubbelsignering av undersköterskor och utlämning av ett dygns läkemedelsdos till patientbundna skåp.

Samtliga medarbetare i förvaltningen verksamheter i egen regi som delegerats eller förnyat sin delegering från hösten 2024 har genomgått digital utbildning i läkemedelshantering genom Apoteket AB. Satsning har även genomförts för sjuksköterskor och enhetschefer för att förtydliga ansvar och roller i läkemedelshantering samt öka teamarbetet och förståelsen för olika professioner.

Under 2024 genomfördes PPM läkemedelshantering i Norra innerstadens verksamheter i egen regi. Sammanlagt granskades 798 skåp vilket motsvarar ungefär 85 % av alla patientbundna läkemedelsskåp på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende, Kampementet vård- och omsorgsboende, Rio vård- och omsorgsboende och Katrumpstullen vård- och omsorgsboende.



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

Resultat: Från vårterminens granskning till höstterminens granskning har förbättringar skett i hur verksamheten hanterar läkemedel och följsamheten till riktlinje läkemedelshantering. Appva har implementerats i ytterligare en verksamhet vilket gör att handskrivna instruktioner och tillägg i signeringslista endast kan göras av behörig legitimerad sjuksköterska. Förbättring

ses även i andelen originalförpackningar uppmärkta med datum ökat, samtliga ordinerade läkemedel finns i läkemedelsskåpet och utsatta läkemedel har avlägsnats från det patientbundna läkemedelsskåpet även andelen ordinationshandlingar utskriva 6-12 månader sedan har minskat.

Uppföljning: MAS stöttar enhetschefer att säkerställa följsamhet till riktlinje läkemedelshantering och lokala rutiner för läkemedelshantering. Extern granskning av läkemedelshantering och PPM läkemedelshantering analyseras och handlingsplan upprättas i verksamheterna. Uppföljning sker i samband med PPM läkemedelshantering 2025.

Läkemedelsgenomgång

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

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

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

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

Resultat: läkemedelsgenomgångar genomförda av Capio Legesvisitten på Rio vård och omsorgsboende och Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende låg på 100 %. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB genomförde 100 % av planerade årlig läkemedelsgenomgång på Sabbatsberbyns vård- och omsorgsboende och Väderkvarens vård- och omsorgsboende. Kampementens vård- och omsorgsboende låg på 98 % (2 vårdtagare hade inte läkemedelsgenomgång på grund av inläggning i slutenvården). Målsättningen för regionens vårdgivare är att 95 % av läkemedelsgenomgångar genomförs årligen. Sammanställning av antal genomförda läkemedelsgenomgångar rapporterades till MAS under januari/februari 2025.

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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

Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering bidrar till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan förstärkas. En utmaning är att stärka medarbetarnas roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och



säkerställa att avvikelser rapporteras. För att nå en ökad rapportering behöver verksamheterna fortsätta arbeta med patientsäkerhetskultur och kommunikation inom teamet.

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

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

Resultat: Under 2024 har tre avvikelser rapporterats enligt Lex Maria, varav två är under handläggning hos IVO och en är avslutad utan åtgärd från IVO.

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

Under 2025 startas kvalitetsråd när enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar, verksamhetscontroller och MAS deltar med syfte att på övergripande nivå analysera och stärka patientsäkerheten utifrån verksamheternas utvecklingsområden.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA

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

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



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

Åtgärd: verksamhetsutvecklare, MAS och MAR stöttar cheferna i att utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens processer genom att delta vid olika möten med legitimerad personal, stödja i framtagandet av lokala rutiner, begära in egenkontroller, erbjuda utbildning för legitimerad personal. Förvaltningen behöver fortsätta med tidigare kompetenshöjande satsningar för att fånga upp symtom på psykisk ohälsa och hantera dessa utifrån professionen. Under 2025 genomförs utbildning i ibland annat kontinensvård, palliativ vård och HBTQI+ perspektivet, förändrat hälsotillstånd och systematiskt överrapportering.

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

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård. Allt väsentligt kring den äldres vård ska dokumenteras. Journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger per år från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför även stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i verksamheter som drivs i egen regi. Entreprenörsdrivna verksamheter utför egna stickprovsgranskningar och återkopplar resultat med analys till MAS och MAR.

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

Resultat: hälso- och sjukvårdsjournaler har till stor del grundfakta som krävs men det saknas ofta hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd kopplade till bedömt behov eller risk med tydliga åtgärder och uppföljning.

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

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

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – punktprevalensmätning vårdindikatorer

Uppföljning av hälso- och sjukvård och patientsäkerhet genomförs i samtliga verksamheter två gånger per år under vecka 10 och vecka 36 med syfte att kartlägga och analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet. Uppföljningen ska även stärka verksamheternas arbete inom området vårdprevention genom att tydliggöra utvecklingsområden.

Riskbedömningar ska göras inom 14 dagar från inflyttning till vård- och omsorgsboende, och ska inte vara äldre än 12 månader. Ny bedömning görs när den äldres tillstånd och hälsa förändras. I samarbete med Kungsholmen och Södermalm har beslut tagits av MAS och MAR att riskbedömningar ska göras minst var 6:e månad och vid förändrat hälsotillstånd. Vid identifierat behov ska riskbedömningar i Norra innerstaden genomföras var 3:e månad.

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

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

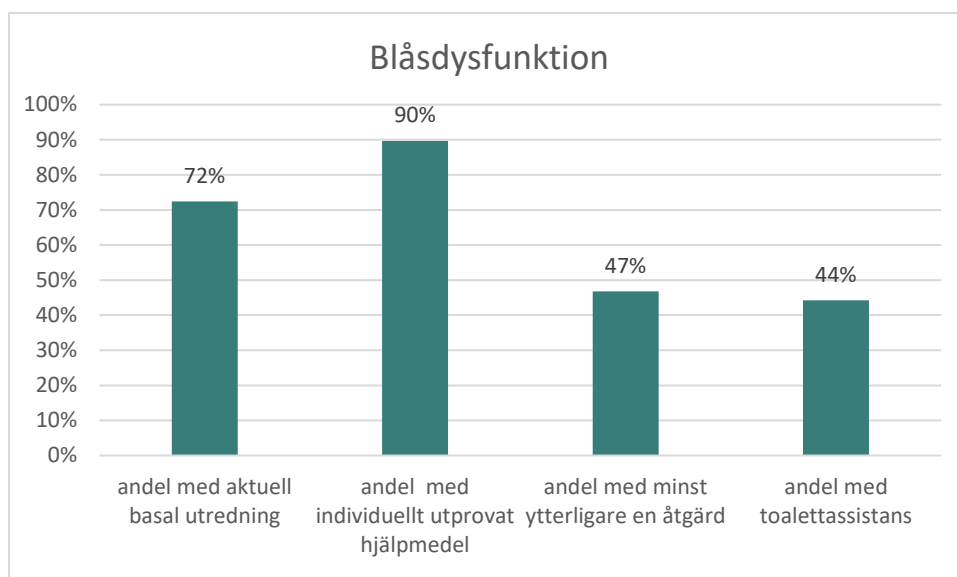
Under 2025 implementeras GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) i Norra innerstaden. Arbetet leds av förvaltningens dietister. MAS och MAR stöttar införandet och upprättar dialog med läkarorganisationerna för att stärka teamarbetet inom området nutrition. GLIM diagnoskriterier används för att diagnosticera graden av undernäring. GLIM processen börjar med bedömning av risk för undernäring med validerat screeninginstrument (MNA) därefter sammanställs utredningskriterierna ofrivillig viktförlust, låg kroppsmasseindex (BMI), reduktion av muskelmassa, minskar näringsintag/minskad digestion/minskad absorption och inflammationsprocess för att fastställa diagnos och svårighetsgraden av undernäring. Norra innerstaden är först ut i Stockholms stad med införande av GLIM men verktyget används idag i slutenvården.

Blåsdysfunktion

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

Mål: att alla boende på vård- och omsorgsboende har en aktuell (inte äldre än 12 månader) blåsdysfunktionsbedömning. Minska förekomsten av kvarliggande kateter om dokumenterad indikation saknas. Samtliga med bedömd blåsdysfunktion har individuellt ordinerade åtgärder och utprovade hjälpmedel.

Resultat: I snitt under 2024 hade totalt 48 vårdtagare (8 %) kvarliggande kateter varav 40,5 vårdtagare hade en dokumenterad indikation (84 %). Nedan diagram visar snitt under 2024.



Åtgärd: MAS och MAR följer upp verksamheternas resultat och stöttar i utvecklingsarbetet. Under 2025 behöver verksamheter utöka antal registreringar i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert vilket i sin tur leder till utveckling av det systematiska arbetet med riskbedömningar. Utbildningssatsningar är planerade till 2025 inom området kontinens för sjuksköterskor.

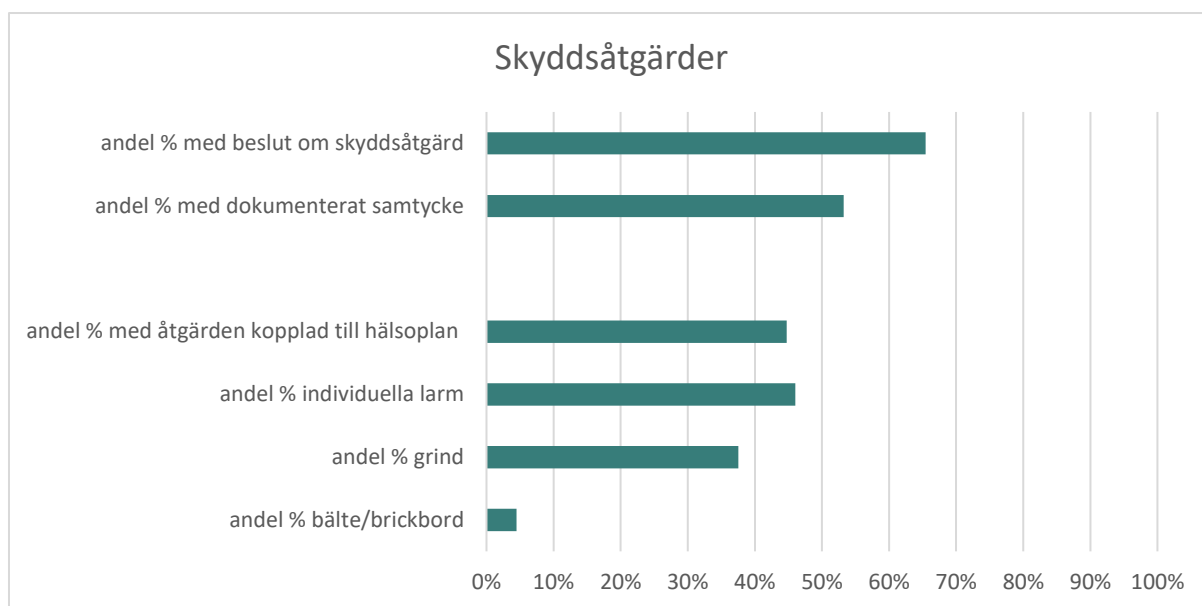
Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärder sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning av vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR. Under 2025 kommer MAS att genomföra systematiska stickprovskontroller i registret SeniorAlert.

Skyddsåtgärder

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

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

Resultat: Norra innerstaden verksamheter ligger överlag runt 55-59 % dokumenterat samtycke till skyddsåtgärd. Verksamheten Kattumrpstullens vård- och omsorgsboende har 79 % dokumenterat samtycke.



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

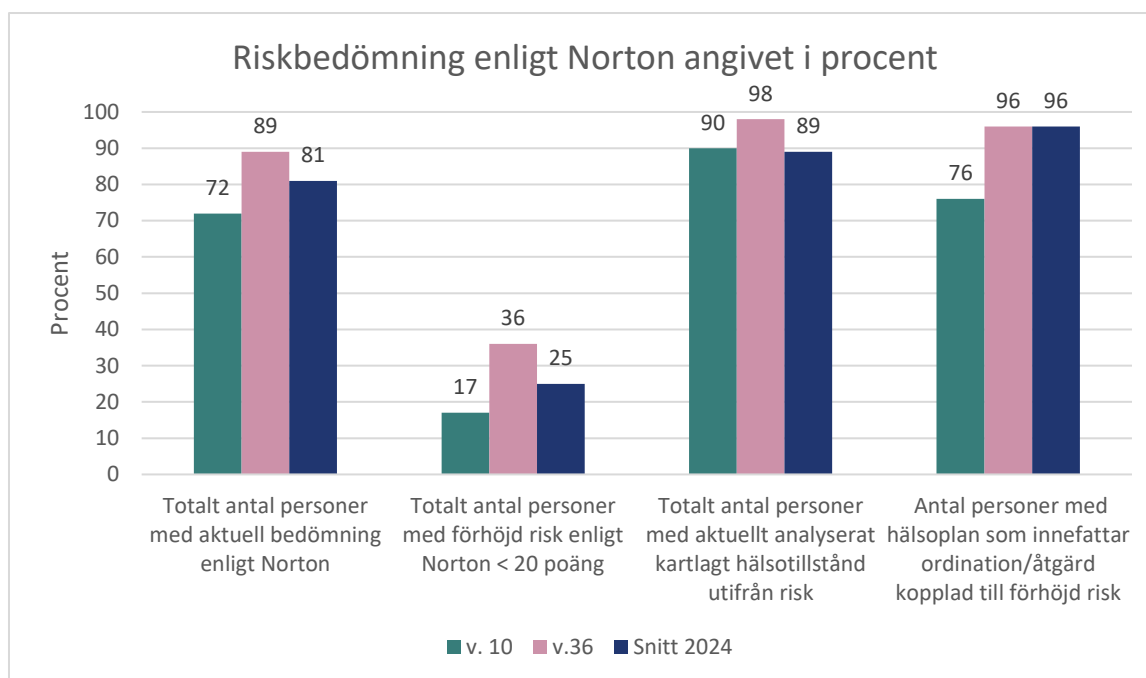
Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR.

Trycksår och bedömd risk enligt Norton

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

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

Resultat: antal belagda platser på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden var under året 570. I snitt hade 81 % motsvarande 460,5 personer en aktuell bedömning av risk för uppkomst av trycksår enligt Norton. Totalt hade 140 äldre en förhöjd risk för uppkomst av trycksår. Av 140 personer hade 89 % ett aktuellt analyserat kartlagt hälsotillstånd utifrån förhöjd risk för uppkomst av trycksår. Andelen äldre med hälsoplan innefattande ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk var 96 %.



Åtgärd: Verksamheter i egen regi genomförde under året utbildnings satsningar för att höja kunskap och kompetens inom trycksårsförebyggande arbete och åtgärder. MAS och MAR fortsätter stödja verksamheter och chefer på vård- och omsorgsboenden för att stärka teamarbetet kring trycksårsförebyggande åtgärder och kartlägga verksamheternas fortsatta behov och stöd vid insatser.

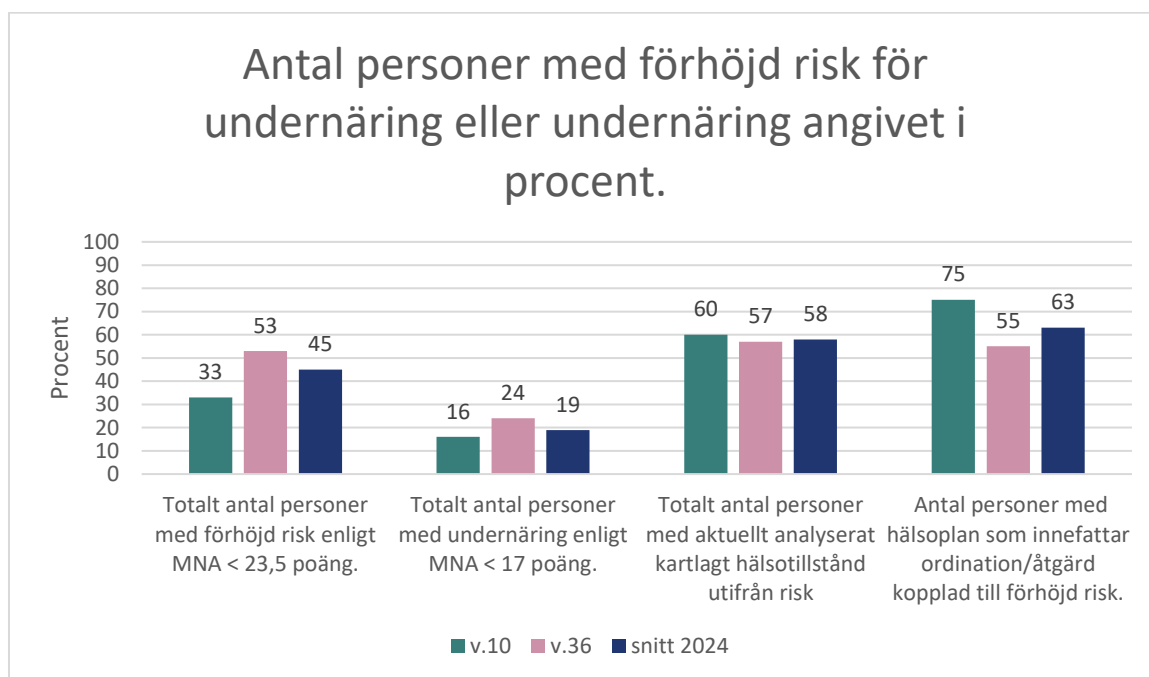
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer, och efterföljande åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR. I samband med QUSTA följs verksamheternas trycksårpreventiva arbete upp. MAS och MAR gör stickprov i Vodok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

Nutritionstatus enligt MNA

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

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

Resultat: antal belagda platser på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden var under året 570. I snitt hade 91 % motsvarande 520 personer en aktuell bedömning av risk för undernäring enligt MNA. Totalt hade 45 % personer en förhöjd risk för undernäring och 19 % av dessa personer var undernärda enligt MNA. Av personer med en förhöjd risk eller undernäring hade 58 % ett aktuellt analyserat kartlagt hälsotillstånd och 63 % hade en hälsoplan som innefattade ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk. I diagrammet redovisas andelen personer på vård- och omsorgsboende i Norra innerstaden som hade en förhöjd risk för undernäring eller var undernära enligt MNA. I diagrammet redovisas resultat från PPM vecka 10, vecka 36 och snitt för 2024.



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

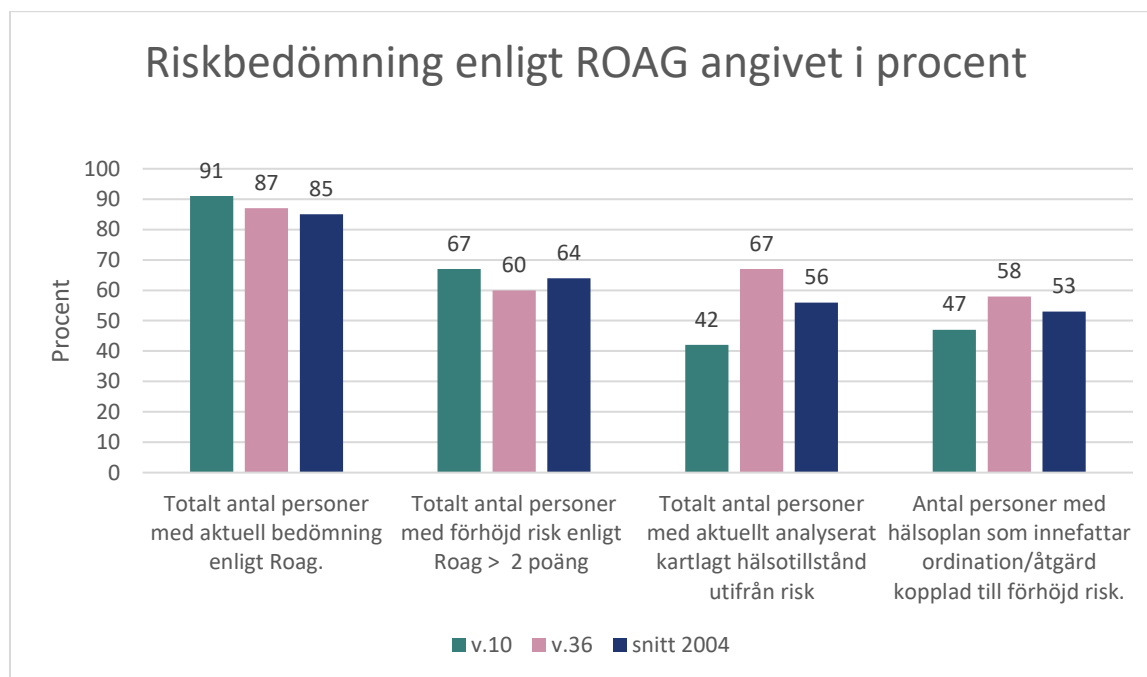
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och åtgärdsplanen som verksamheten skickar in till MAS och MAR. Fortsatt samarbete med förvaltningens dietister kring verksamheternas behov och utvecklingsområden.

Munhälsobedömning

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att sköta den egna munvården. Vid bedömning av munhälsa på vård- och omsorgsboenden används bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Bedömning enligt ROAG ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert. ROAG är ett verktyg att uppmärksamma munhälsa inom vård- och omsorg och ett sätt att öka samarbetet med tandvården. Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

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

Resultat: fullständigt stadsdelsövergripande resultat för riskbedömning enligt ROAG för Norra innerstaden visar att 85 % motsvarande 483 personer på vård- och omsorgsboenden hade en aktuell bedömning enligt ROAG 2024. I diagrammet redovisas resultat från PPM vecka 10, vecka 36 och snitt för 2024.



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

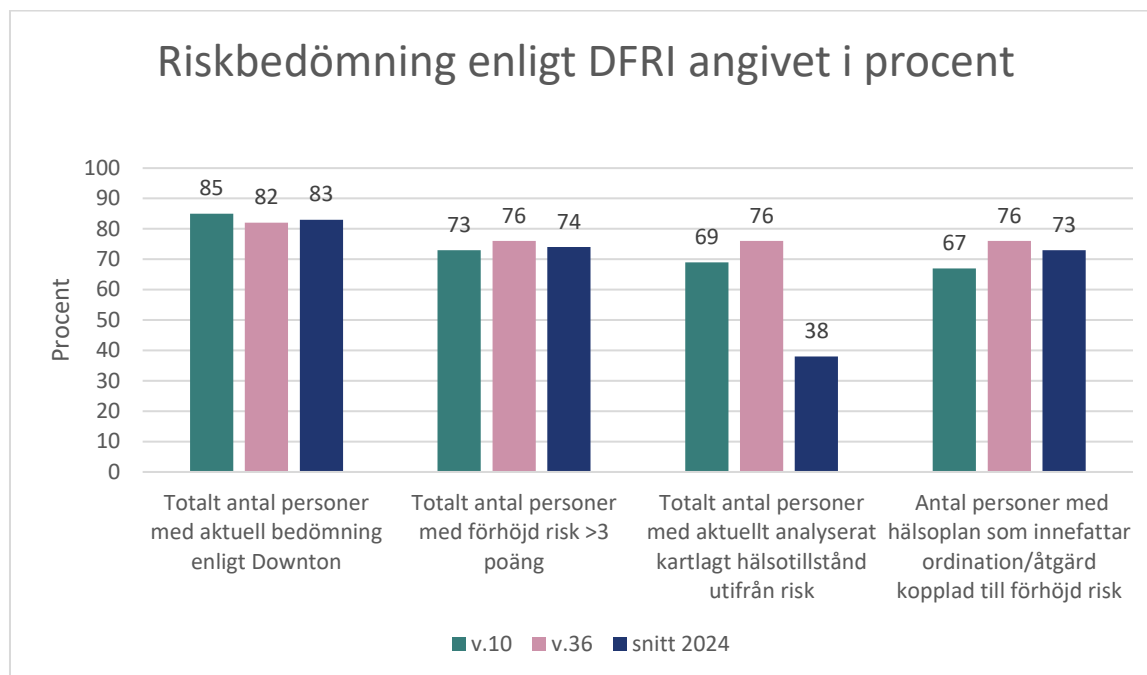
Uppföljning av åtgärd: uppföljning av åtgärd sker två gånger per år i samband med punktprevalensmätning i vårdindikatorer och sammanställs i en åtgärdsplan som verksamheten skickar in till MAS och MAR.

Fallprevention

Fall och dess konsekvenser utgör en stor hälsofara för den äldre. Även fall som inte resulterat i kroppsskada kan ge försämrad livskvalitet till följd av rädslan för upprepat fall. Fall kan orsaka skador såsom frakturer, skallskador, sår och i värsta fall dödsfall. I äldreomsorgen skall fall ses som ett eventuellt symptom på sjukdom eller biverkan av läkemedel tills att motsatsen bevisats. Ökad mängd läkemedel ökar risken för fall, vilket gör att läkemedelsgenomgångar och kontinuerlig uppföljning av nya ordinationer är av stor vikt. Mätinstrumentet DFRI (Downton Fall Risk Index) används för att identifiera äldre med ökad risk för fall. DFRI ingår i nationella kvalitetsregistret SeniorAlert.

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

Resultat: Fullständigt stadsdelsövergripande resultat för riskbedömning enligt DFRI visar på att i snitt 83 % av personer på vård och omsorgsboende i Norra innerstaden har en aktuell riskbedömning enligt DFRI motsvarande 474 personer. Av dessa har 74 % en förhöjd risk för fall. I diagrammet redovisas resultat från PPM vecka 10, vecka 36 och snitt för 2024.



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

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

Vaccinationer

Under 2024 har MAS samarbetat med läkarorganisationerna för att öka vaccinationstäckning i verksamheter i egen regi. Information om vaccinationsperioder, beställningsrutiner och vaccinationsrutiner har vidarebefordrats från MAS till verksamheterna. I vaccinationsrutinen för vård- och omsorgsboenden ingår immunisering mot covid-19, influensa och pneumokockinfektion.



Pålitlig statistik över ordinerade och givna vaccin uppdelade på typ har inte varit möjligt att inhämta för 2024 från Vaccinera. Vaccinera är regionens e-tjänst som används av vårdgivare för journalföring av utförda vaccinationer mot säsongsinfluensa, pneumokocker, kikhosta och covid-19. Givna vaccinationer dokumenteras i stadens hälso- och sjukvårdsjournalssystem, men på grund av systemets uppbyggnad och funktionalitet är det inte möjligt att inhämta pålitlig statistik från systemet

Läkarorganisationernas interna sammanställning visar att i genomsnitt 85 % av äldre på vård- och omsorgsboende vaccinerades med minst en dos covid-19 vaccin under 2024.

Folkhälsomyndighetens statistik för Stockholm visar att 70,4 % av personer 80 år och äldre i oktober 2024 hade en aktuell vaccinering mot covid-19.

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

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Samtliga verksamheter i egen regi har legitimerad sjuksköterska på plats dygnet runt. En av de entreprenörsdrivna verksamheterna har mobilt jourteam nattetid. Dygnet runt bemanning med sjuksköterska möjliggör snabb bedömning av den äldres hälsotillstånd och snabba insatser. Under året har satsningar gjorts för att höja undersköterskors kompetens och kunskap för att ytterligare säkra vården och möjliggöra snabba adekvata bedömningar. Kompetenshöjande insatser för undersköterskor fortsätter under 2025 enligt verksamhetsplanen för vård- och omsorgsboenden.

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

Riskhantering

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

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

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

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

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdsdokumentation är ett område som kräver kontinuerliga utbildningssatsningar för legitimerad personal dels på grund av införande av nya arbetssätt och processer och del på grund av journalsystemets uppbyggnad. Förvaltningens verksamheter har arbetat med att utveckla kvaliteten i dokumentation och fokus har legat på vårdprocessen. Tillgång till dokumentationshandledare och processhandledare i förvaltningens verksamheter hade stor betydelse i utvecklingen av dokumentationens kvalitet. Analys och reflektion utifrån egenkontroller och kollegial granskning användes som arbetssätt.

Kvalitet i hälso- och sjukvårdsdokumentation är ett område som samtliga förvaltningens verksamheter behöver fortsätta utveckla.

Läkemedelshantering och delegering

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

Kraven för att delegera läkemedelshantering till icke legitimerad personal har ökat och behöver utvecklas vidare för att säkerställa patientsäkerheten i förvaltningens verksamheter. Entreprenörsdrivna verksamheter använder egna delegeringsutbildningar. Under året har ett digitalt utbildningsverktyg införts för delegering i verksamheter i egen regi. Syftet med

verktyget är att vidareutveckla läkemedelshanteringen enligt lagkrav och öka jämlikt arbetssätt i förvaltningens berörda verksamheter.

Granskning av avvikelser och egenkontroller är en viktig del i uppföljningen av kvalitetsarbete för att uppnå säker läkemedelshantering. Under året har narkotikasvinn uppmärksammas i verksamheter genom egenkontroller och avvikelsegranskning. Adekvata åtgärder har vidtagits för att minska risken för och eliminera narkotikasvinn. Arbetet med att uppmärksamma och förhindra narkotikasvinn fortsätter i samtliga förvaltningens verksamheter. Under året har Kampementets vård- och omsorgsboende och Katrumpstullen vård- och omsorgsboende installerat läkemedelsskåp med digitala lås som möjliggör spårbarhet. Under nästkommande år har Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende och Rio vård- och omsorgsboende planerats för uppdatering av läkemedelsskåp. Likvärdiga arbetsverktyg är en del av förvaltningens arbete med att öka jämlikheten i stadsdelen och underlätta samarbete mellan verksamheter.

Basal hygien

Punktprevalensmätning i basal hygien och klädregler (PPM-BHKR) genomförs genom kollegial observation i samtliga förvaltningens verksamheter vid två tillfällen per år och vid behov. Resultatet visar på att verksamheterna behöver fortsätta arbeta med basal hygien och klädregler. Utbildning för nya medarbetare och upprätthållande av kunskap för övriga medarbetare fortsätter. Kollegial observation har ökat medvetenheten bland medarbetare och bidragit till kollegialt lärande. Ökad medvetenhet och kunskap har bidragit till tydlig minskning av smittspridning i verksamheterna.

Under 2024 startas hygiennätverk för att stärka hygienombudens roll, höja kunskapen om ett vårdhygieniskt arbetssätt samt främja jämlikhet i arbetssätt och öka samarbetet mellan verksamheterna. Norra innerstadens AKA/verksamhetsutveckla hälso- och sjukvård sammankallar och håller i nätverksträffarna i samarbete med vårdhygien Stockholm.

Samverkan regionen

Samverkansöverenskommelser mellan förvaltningens verksamheter i egen regi och läkarorganisationerna revideras i december 2024. Samverkansöverenskommelsen beskriver vilken profession som ansvarar för vad i vården och vårdkedjan.

Verksamheterna har ett gott samarbete med läkarorganisationerna. Samarbetet behöver bibehållas och utvecklas vidare för att säkerställa patientsäkerheten.

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

Vårdövergångar mellan vårdinstanser innebär en risk och därför är det viktigt att all legitimerad personal använder Nationell patientöversikt (NPÖ), ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring där legitimerad personal kan ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem. NPÖ ökar patientsäkerheten och är resurseffektiv. Verksamheter följer upp gällande rutiner för att säkerställa informationsöverföring via NPÖ.

Avvikelser

Granskningen av avvikelserapportering visar på att antal registrerade avvikelser i verksamheter i egen regi har minskat under senaste året. Övertagande av verksamheter har påverkat antalet registrerade avvikelser då avvikelsemodulen som används i verksamheter i egen regi skiljer sig från entreprenörernas avvikelssystem vilket kan vara orsaken till minskningen i antalet registrerade avvikelser. Icke legitimerade medarbetare har inte tillgång till avvikelsemodulen i Stockholms stad och nuvarande arbetssättet med handskrivna avvikelser är ineffektivt och kan påverka antalet registrerade avvikelser. Entreprenörsdrivna verksamheter har system där samtliga professioner registrerar avvikelser i ett digitalt system vilket ökar transparensen och ökar patientsäkerheten. Samtliga förvaltningens verksamheter behöver fortsätta arbeta med följsamhet till avvikelserutiner, upprätthålla avvikelserregistrering och fortbilda medarbetare i avvikelsemodulen.

Klagomål och synpunkter

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

Förvaltningen har en rutin för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Rutinen är implementerad i samtliga förvaltningens verksamheter. Synpunkter och klagomål ska analyseras och användas i verksamheternas utvecklingsarbete. Klagomål och synpunkter kan leda till utredningar enligt Lex Maria och/eller Lex Sara. Under 2024 har tre avvikelser utretts enligt Lex Maria och skickats in till Inspektionen för vård och omsorgs (IVO).

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

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



Under 2024 har stadsdelens MAS deltagit i arbetet med Stockholms centrala omställningslager för att säkerställa god beredskap i händelsen av kris eller katastrof. Omställningslagret aktiveras och finns tillgängligt för samtliga stadens verksamheter i händelse av kris- och katastrof.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

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

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