

**Samlad patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård –
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering**

Östermalms stadsdelsnämnd

År 2022



Annica Myhr Ahron, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Malin Junerud, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Samma struktur har följts och använts till denna samlade patientsäkerhetsberättelse som omfattar de fyra vård- och omsorgsboenden som ligger under stadens/stadsdelsnämndens huvudmannaskap – Rio vård- och omsorgsboende, Kampementets vård- och omsorgsboende, Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende samt Linnégårdens vård- och omsorgsboende. Verksamheterna i stadsdelen Östermalm upprättar sin egen patientsäkerhetsberättelse som ska vara tillgänglig på förvaltningen senast den 1 mars. Östermalms dagverksamheter omfattas inte i denna samlade patientsäkerhetsberättelse.

Den samlade patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården under året. Patientsäkerhetsberättelsen 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 har tagits tillvara. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.



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.

Innehåll

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet under 2022.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Intern samverkan	7
Extern samverkan	8
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur.....	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Läkemedelshantering	14
Prevention	14
Munhälsobedömning	15
Blåsdysfunktion	16
Skyddsåtgärder.....	17
Bedömning av smärta	18
Senior alert	19
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	19
Vårdhygienisk standard.....	20
Funktionsbedömning ADL	21
Vård i livets slut	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Har vården varit säker	24
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – Qusta	25
Hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	26
Säker vård här och nu.....	27
Är vården säker idag.....	27
Riskhantering.....	28
Stärka analys, lärande och utveckling	28
Avvikelse	29
Klagomål och synpunkter	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över MAS' och MAR:s arbete under 2022 och en sammanfattad bedömning av den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Östermalms stadsdelsnämnds verksamheter.

Under 2022 har en nulägesanalys genomförts i syfte att ge samsyn över utvecklingsområden inom vård och omsorg. Representanter från utförarverksamheter i egenregi och beställarenhetens biståndshandläggare har deltagit i ett arbete som fokuserat på SKR:s (Statens kommuner och regioner) analysverktyg för att stärka patientsäkerheten. Arbetet är ett steg för att följa den nationella handlingsplanen som ska vara ett stöd och vägledning för kommuner och regioner i syfte att öka patientsäkerheten och minska risken för vårdskador.¹ En lokal handlingsplan har tagits fram som visar att samverkan med primärvården är ett prioriterat område att arbeta vidare med under 2023. Det handlar bl.a. om att stärka informationsöverföring och läkemedelshantering i vårdens övergångar.

Då pandemin inte är över och antal nya Covid-19 fall fortfarande upptäcks krävs ett fortsatt arbete med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultat av genomförda mätningar under året har förbättrades men verksamheterna behöver fortsätta att arbeta kontinuerligt och systematiskt med att säkerställa att kompetensen behålls i verksamheten och följa upp följsamheten till rutiner och riktlinjer. För att säkra den vårdhygieniska standarden och minska riskerna för smittspridning kommer även egenkontroll av struktur och arbete i olika utrymmen att genomföras, t.ex. i förråd, kök och tvättstugor.

Uppföljningar och uppgifter som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet. Verksamheterna har under året kommit gång med sitt utvecklingsarbete och vi ser en förbättrad kontinuitet bland legitimerad personal och chefer vilket ger goda förutsättningar för fortsatt kvalitets- och utvecklingsarbete. MAS och MAR kommer fortsätta att följa statistik genom att utföra mätningar och uppföljning av hälso- och sjukvård i syfte att trygga patientsäkerheten. Detta arbete kan stödja chefer i verksamheterna att identifiera styrkor och utvecklingsområden och därmed vidta nödvändiga åtgärder. Områden som alla verksamheter lyft som utvecklingsområden är palliativ vård, psykisk hälsa och blåsdysfunktion.

Under år 2023 kommer resurser och tid läggas på den kommande sammanläggningen med Norrmalms stadsdelsförvaltning samt verksamhetsövertagande av två verksamheter till egen regi i den nya stadsdelsnämnden Norra innerstaden.

¹ Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024, Socialstyrelsen 2021, [Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/agera-for-saker-vard)

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”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;

- 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 och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Det har genomförts ett omfattande arbete inom äldreomsorgsavdelningens egen regi för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av nära vård. I arbetet har chefer och medarbetare från förvaltningen deltagit vilket både skapat engagemang och gett en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.



Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet. Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsfrågor behöver få ett ökat utrymme och det är ett identifierat behov av ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsområdet. Behovet finns på alla nivåer men ser olika ut beroende på funktion/roll och uppdrag.

Äldreomsorgens övergripande mål är att varje boende/patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.² I stadsdelens vård- och omsorgsboenden är det god kontinuitet av chefer i de fyra verksamheterna även om en verksamhet bytt chef under året som gått.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet under 2022 för MAS och MAR:

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

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. använda Qusta i dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal,
 - b. begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - c. granska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egenregi och inhämta entreprenörernas granskningsresultat,
 - d. genomföra PPM (punktprevalensmätning) över indikatorer två gånger under året,
 - e. efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - f. genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten,
 - g. bevaka rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser i egenregi,
 - h. efterfråga och ta del av egenkontroll av vårdhygienisk standard,

² 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

- i. inventera att förutsättningarna för följsamhet till basala hygienrutiner finns,
 - j. delta i PPM-mätning i basala hygienrutiner och klädregler, samt
 - k. inhämta statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister
2. Analysera och återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.
 3. Ge stöd till ledning och verksamhet i egenregi 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 genom dialog,
 - stödja och samverka med dietist genom dialog,
 - stödja chefer i att identifiera processer, upprätta rutiner och arbetssätt,
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig grad, samt
 - erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal
 4. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.
 5. Stödja egenregin genom att utföra en kartläggning av patientsäkerheten samt upprätta en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden.
 6. Fortsatt implementering och stöd till nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom innerstadens verksamheter.

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 tillse att vårdgivaren ansvarar för 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 Östermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen³ för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

³ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Verksamhetschefens ansvar

Kravet på att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” och är reglerad i lag och förordning⁴. Verksamhetschefen har enligt hälso- och sjukvårdslagen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning⁵ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

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.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bl.a. 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, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer med delegeringen.

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 i arbetsgrupper, både fysiskt och digitalt.

Intern samverkan

Under året har MAS deltagit vid både interna och externa möten och arbetsgrupper. Flertalet möten och arbetsgrupper har haft en koppling till det pandemiska läget. Andra strategier som t.ex. nätverksträffar för palliativa ombud har ej kunnat genomföras lika ofta som planerat.

- Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten och planeringsdag i egen regi har under året skett för att delge information och föra dialog kring aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor. Frågorna har fortsatt till stor del handlat om pandemin, informationsöverföring och följsamhet till rutiner och riktlinjer. Möten har genomförts både digitalt och fysiskt på plats samt haft en tätare frekvens periodvis.
- MAS och MAR i innerstadens stadsdelar har haft regelbundna arbetsmöten via Skype. Vid dessa möten har även samverkan med MAS och MAR i entreprenörers verksamhet och andra funktioner inom hälso- och sjukvården skett. Arbetsmöten för

⁴ Enligt HSL (2017:30) 3 kap. 2 §, ska det, där det bedrivs vård, finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1-5 §§

⁵ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

att utveckla gemensamma dokument och frågor och fokus under året har fortsatt vara smitta/smittspridning. Regler och tillhörande dokument har reviderats under våren och publicerats på MAS/MAR innerstadens sida på intranätet. Kvalitetsinstrumentet QUSTA (förkortning av nyckelorden Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) har reviderats och förmedlats vidare till de MAS/MAR som använder sig av instrumentet vid uppföljning av hälso- och sjukvården. Utveckling av mallen för PPM-mätning blåsdysfunktion och skyddsåtgärder. Utveckling av mallen för rapportering av bedömningsinstrument. Genomfört och utvärderat riskanalys för sommar och julnyår gällande MAS/MAR arbete och samverkan.

- Under året har möten med stadens nätverk för samtliga MAS/MAR genomförts. I detta forum sker arbete med gemensamma stadsövergripande riktlinjer för hälso- och sjukvård. Information och erfarenhetsutbyte i syfte att göra stadens kommunala hälso- och sjukvård så likriktad som möjligt.
- MAR har samverkat med MAR-nätverket i Stockholms stad som träffas regelbundet varannan vecka i syfte att stödja samt utveckla verksamheterna på ett likriktat sätt.
- MAS/MAR har samverkat med Äldreförvaltningens strategier inom hälso- och sjukvård för utbyte av information och gemensamt utvecklingsarbete. Arbetet har utgått från strategier, riktlinjer och regelverk med anledning av pandemin men även övriga områden inom området, t.ex. omställningen av nära vård. MAS och MAR har deltagit i Äldreförvaltningens möten om verksamhetsuppföljningar.
- MAS har kontinuerligt konsulterats och rådgivning har i huvudsak getts till chefer i utförarverksamheter och biståndshandläggare i beställarenheten inom äldreomsorgen. Det har även förekommit rådgivning och konsultation till förvaltningens övriga avdelningar, främst inom området smitta smittspridning.
- För att säkra dokumentationen har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelens processledare för dokumentation i stadens journalsystem Vodok 2.0 genomförts, t.ex. kring analys och åtgärder utifrån resultat vid granskningar och egenkontroller i syfte att säkra dokumentationen.
- MAS har samverkat med förvaltningens dietist i syfte att säkra nutritionsprocessen och minska risken för malnutrition.
- MAS har hållit i nätverksträffar för palliativa ombud inom förvaltningens verksamheter, både egenregi och entreprenörer är välkomna till nätverksträffarna.
- MAS har deltagit i referensgrupp och utvärdering för central upphandling av fotsjukvård.
- Nätverksmötet för hälso- och sjukvårdspersonal (arbetsterapeuter och fysioterapeuter) har genomförts vid två tillfällen under året. MAR är sammankallande för dessa möten och syftet är kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter samt kompetenshöjning.

Extern samverkan

Regionen och länets kommuner har genom samverkan arbetat fram olika samverkansöverenskommelser, avtal liksom stödjande och styrande dokument i syfte att säkra patientsäkerheten och förebygga vårdskador t.ex. vid vårdens övergångar. Dessa styr samverkan på övergripande nivå men också på lokal nivå;

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg
- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsa) & nödvändig tandvård

- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och fotsjukvård i särskilda boenden för äldre samt apodos
- 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)

Utöver dessa har lokal samverkansöverenskommelse/rutin tecknats:

- Samverkansöverenskommelse med Dialys dagvård PD Rosenlund som omfattar särskilda boenden i egenregi och entreprenad.

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

- *Läkartillgänglighet:* Verksamheterna har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation. Inom stadsdelen har verksamheterna valt Familjeläkarna eller Capio Legevisitten. Överenskommelsen följs upp årligen och revideras. Syftet med överenskommelsen är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och tydliggöra roller och ansvar. Överenskommelsen bygger på det avtal som läkarorganisationen har med regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning. Minst två gånger per år träffas företrädare för läkarorganisationen och företrädare för verksamhetens ledning. Vid ett av mötena deltar ansvarig läkare och representanter från hälso- och sjukvårdsteamet. Läkarorganisationerna samverkar regelbundet även med nätverket för MAS/MAR i länet.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkare där patienten är listad (vårdval – patient kan vara listad hos läkare som tillhör läkarorganisationen alternativt en läkare på en husläkarmottagning) är ansvarig för att minst årligen och vid behov, tillsammans med sjuksköterska genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteksgranskning genomförs årligen av företag genom avtal i syfte att säkerställa läkemedelshanteringen på boendet.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygieniska principer:* Verksamheterna har avtal med Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, rådgivning och stöd. Inom ramen för avtalet erbjuds utbildning inom hygienområdet för personal och samverkansmöten för MAS.
- *Stöd vid smitta/smittspridning:* Smittskydd Stockholm tar fram riktlinjer och bistår med råd och stöd vid olika infektioner och utbrott av smitta.
- *Fotsjukvård* – Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården genom skatteväxling. Ansvarig läkare gör en bedömning av behovet och skriver remiss. Staden har upphandlat fotsjukvård och det finns utförare tilldelade Östermalms egenregi. Entreprenörer har egna avtal med fotsjukvården.
- MAS har i varierad omfattning och frekvens deltagit i digitala samverkansmöten under året i regionen med Vårdhygien, Smittskydd Stockholm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i syfte att samordna covid-19 i kommunen genom att bl.a. ta fram riktlinjer.

- MAS har deltagit i samverkansmöten med Tandvårdsenheten, Patientnämnden, Palliativt kunskapscentrum (PKC), St Görans sjukhus, SLSO, Smittskydd Stockholm.
- MAS är Stockholms stads representant och ordförande i Regional kommunal hygienkommitté (RKHK) och har under året deltagit i olika arbetsgrupper och möten för att ta fram stödmaterial till verksamheter i länet med syfte att minska risker för vårdrelaterade infektioner.
- MAR har deltagit i länsövergripande nätverksmöten för MAR för omvärldsbevakning, kunskaps- och erfarenhetsutbyte.
- Samverkansmöte med entreprenörernas MAS och MAR har genomförts via Skype vid ett tillfälle under året.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett bra 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. Då finns informationen tillgänglig när vi behöver den, vi kan lita på att den är korrekt och att endast behöriga personer får ta del av den.

Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- 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
- 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. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är pågående och följs upp kontinuerligt och utvecklas inom förvaltningen av utsedd ansvarig tjänsteman.

Systematiskt arbete med GDPR

Förvaltningen har en ansvarig för GDPR och verksamheterna har lämnat 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 verksamheterna. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- KLASSA informationssäkerhetsklassning; utförs av förvaltningen där representanter från verksamheterna i egen regi deltagit i de system som verksamheten använder.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare och ledning
- Säkra digitala möten
- Kontrollerade behörigheter för vikarier.
- Kontroller av att personer/behörigheter tas bort från tex Vodok 2.0, nationell patientöversikt (NPÖ), Pascale, Proceedo och Symfoni när personer slutat sin anställning
- Säker e-posthantering för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt.
- Digitala medicinskåp för narkotikaklassade läkemedel, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten
- NPÖ (nationell patientöversikt) tillgänglig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- All personal har tillgång till och har genomgått utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

MAS/MAR efterfrågar att kontinuerliga loggkontroller genomförts i dokumentationssystemet Vodok 2.0 för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller i verksamhetssystemet NPÖ görs av verksamhetschef för att kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt uppgifter samt att hindra personal från att läsa uppgifter om patienter som de inte har vårdrelation till. För entreprenörer som har läsbehörighet i Take Care är det läkarorganisationen som ansvarar för loggkontroller.

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 följer upp att åtgärder vidtas, samt
- utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten.

Adekvat kunskap och kompetens

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

MAS har under året genomgått ett utvecklingsprogram genomfört av externt utbildningsföretag i syfte att säkerställa och uppdatera hälso- och sjukvårdskompetensen för medicinskt ansvariga. MAR genomgick samma utbildning år 2021.



Förvaltningen genomför punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) årligen för personal i vård- och omsorgsboenden. Resultatet analyseras och används i utvecklingsarbetet i verksamheterna. MAS har utbildat hygienombud i egen regi som en del i ett utvecklingsarbete där verksamheten genomfört ett övergripande arbete som syftar till att förbättra vårdhygieniskt arbete. Hygienombuden genomför observationerna vid PPM-BHK, handleder sina kollegor och träffas regelbundet i nätverk för erfarenhetsutbyte och påfyllnad av kompetens.

Årligen genomförs en egenkontroll/uppföljning av kvalitetsinstrumentet QUSTA. Av egenkontrollen framkommer styrkor och utvecklingsområden som verksamheten kan arbeta vidare med och ger en indikation om vilken kompetensutveckling som behövs inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Östermalm Sdf samverkar med Enskele, Årsta och Vantör Sdf och har möjlighet att använda ett kommunalt kliniskt träningscentrum (KTC) i mer praktiska moment inom området hälso- och sjukvård.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



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 allvarliga händelser inhämtas patientens och/eller närståendes synpunkter på händelsen. Dialog med patient och anhöriga sker för att informera om utredningen leder till anmälan av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO.

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 inom hälso- och sjukvård samt i verksamheten genomförda egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende i egenregi och hos entreprenader. Syftet är också att identifiera styrkor, utvecklingsområden samt brister som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvaliteten. Statistik och indikatorer som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet presenteras nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång/år	Qusta (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger/år 1 gång/år	Verksamheternas egenkontroll Stickprovskontroll egenregi samt granskningsresultat från entreprenörers MAS
Avvikelser	Fortlöpande	Avvikelsehanteringssystemet Vodok 2.0 Inhämtade uppgifter från entreprenör
Socialstyrelsens indikatorer för blås- och tarmdysfunktion	2/per år	PPM från verksamheterna
Indikatorer för skyddsåtgärder	2 gånger/år	PPM från verksamheterna
Riskbedömningar/screening (fall, trycksår, undernäring, munhälsa och kontinens)	1 gång/år 2 gånger/år 1 gång/år	Journalssystemets statistikmodul PPM från verksamheterna Senior Alert
Infektionsregistrering	1 gång per år	Incidensrapportering över antibiotikabehandlade infektioner samt vissa virus.
Basala hygienrutiner och klädregler	Minst 2 gång per år 1 gång 1 gång	Verksamheternas egenkontroll Nationell PPM-mätning Östermalm enligt SKR
Läkemedelshantering	1 gång per år	Extern utförare Verksamhetens MAS
Läkemedelsgenomgång	1 gång per år	Ansvarig läkarorganisation
Vård i livets slutskede	1 gång per år	Svenska palliativregistret

Genomförda egenkontroller i verksamheterna på efterfrågan av MAS.

Varje område presenteras i fyra delar förutom mål; resultat, analys/resonemang, åtgärder och uppföljning av åtgärd:

Läkemedelshantering

Målet är en säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt.

Resultat: Läkarorganisationerna har ansvar för att tillsammans med sjuksköterskan på boendet genomföra läkemedelsgenomgångar. Enligt uppgift från läkarorganisationerna har man i två verksamheter inte uppnått målet att genomföra samtliga läkemedelsgenomgångar i tid.

Läkemedelsgranskning av extern utförare har utförts på samtliga verksamheter. Eventuella synpunkter/brister som framkom vid granskningen har åtgärdats.

Verksamheterna signerar administrerade läkemedel på signeringslista av papper. Alla fyra verksamheterna har en utmaning att säkerställa att alla tillfällen signeras.

Analys/resonemang: Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Det är ett läkaransvar att initiera och genomföra läkemedelsgenomgångar årligen och vid behov. Om det inte genomförs så är det en avvikelse som kan vara allvarlig för en enskild patient. Det har visat sig att det är svårt att ta fram statistik för genomförda läkemedelsgenomgångar när en verksamhet har bytt läkarorganisation.

Egenkontroller visar att insatser som genomförs för att höja antalet signerade doser har en god effekt men den är kortvarig och därför behöver kontinuerliga insatser göras. Det är även svårt för sjuksköterskan att kontrollera om ordinerat läkemedel är givet utan att kontrollera aktuell signeringslista.

Åtgärd: Dialog med läkarorganisationerna är initierad avseende avvikelser som rör årliga läkemedelsgenomgångar i berörda verksamheter. En av verksamheterna som inte uppnått målet under 2022 har bytt läkarorganisation vilket kan ha bidragit till att målet inte är uppfyllt.

Digital signering av administrerade läkemedel kan öka följsamheten till signering och kommer att initieras under hösten 2023.

Läkemedelsgranskning av extern utförare genomförs årligen.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av genomförda läkemedelsgenomgångar sker på samverkansmöten med läkarorganisationen. Övriga insatser följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

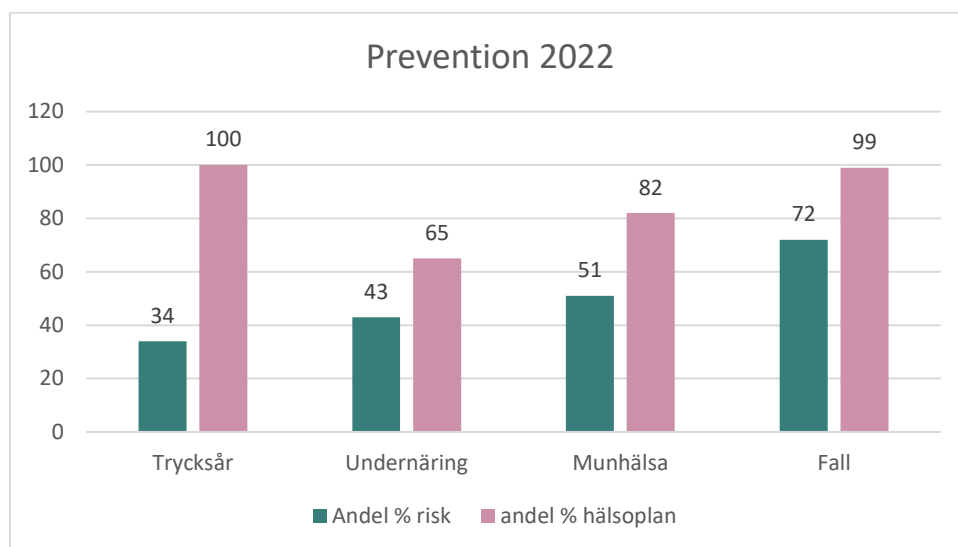
Prevention

Mål: Syftet med indikatorn är att stärka utvecklingen inom området vårdprevention.

Bedömning ska göras inom 14 dagar från inflyttning. Aktuell bedömning är inte äldre än 12 månader. Ny bedömning ska göras när tillståndet förändras och minst årligen. Resultaten ger en bild av nuläget och visar på utvecklingsområden. Riskbedömning genomförs av fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa. I PPM-mätningen avseende riskbedömningar visas hur stor andel av dessa som är risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsoproblem

samt i vilken utsträckning åtgärder kopplas till hälsoplaner. En av verksamheterna har inte deltagit vid det första mätillfället.

Resultat:



Sammanställt resultat från två PPM-mätningar 2022.

Analys/resonemang: Av mätningen framgår att det är något färre patienter med identifierade risker för trycksår och undernäring än föregående år. En bidragande orsak kan vara att verksamheterna fortsatt att öppna upp efter pandemin och därmed kunnat återuppta gemensamma aktiviteter. Psykiskt välbefinnande och trivsel kan i sin tur stimulera aptiten och rörelse motverkar tryck mot huden. Av mätningen framgår att hälsoplaner vid identifierade risker i ovan områden upprättats i en högre omfattning än tidigare år. Endast i området undernäring har upprättade hälsoplaner minskat i jämförelse med förra året.

Åtgärd: Tillgång till dietistkompetens finns i varierande grad i samtliga verksamheter och bedöms i större utsträckning kunna stödja arbetet med att utveckla nutritionsområdet.

Utveckling av roller och ansvar i det multiprofessionella teamet kan bidra till att hälsoplaner upprättas och följs upp kontinuerligt.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

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 alla patienter som tackar ja till munhälsobedömning av tandvårdsstödet och får en bedömning under året samt att de som tackar nej får erbjudandet på nytt årligen.

Resultat: Totalt har 508 boende/patienter på vård- och omsorgsboende erbjudits och tackat ja till munhälsobedömning under 2022. Av totalt 508 har 367 munhälsobedömningar utförts, ca 72 %. Munvårdsutbildning har getts i mycket låg omfattning. Under 2021 utfördes ca 65 %

munhälsobedömningar av de som erbjudits och tackat ja och under 2020 endast ca 35 % av de som erbjudits och tackat ja.

Analys/resonemang: En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten. Behovet av hjälp och stöd vid den dagliga omvårdnaden av tänderna och munnen kan vara stort för den äldre. Äldre har en ökad risk att drabbas av munhälsoproblem vilket till stor del kan bero på muntorrhet på grund av läkemedelsanvändning och svårigheter att själv sköta sin munhygien. En försämrad munhälsa kan leda till minskad aptit och näringsupptag vilket i sin tur fördröjer läkning av slemhinnor och sår i munnen men också kan leda till viktnedgång och minskad rörlighet. Under pandemin kunde inte tandvårdsstödet besöka vård- och omsorgsboenden, vilket man kan se av resultatet ovan. Under 2022 har utförda munhälsoundersökningar av tandvårdsstödet dubblats i jämförelse med 2020.

Åtgärd: Säkerställa att kontinuerliga munhälsobedömningar utförs av sjuksköterska vid inflyttning och vid behov samt att årliga munhälsobedömningar erbjuds och utförs av tandvårdsstödet. Säkerställa kompetensen hos både hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal som ska utföra munhälsobedömningar och munhygien.

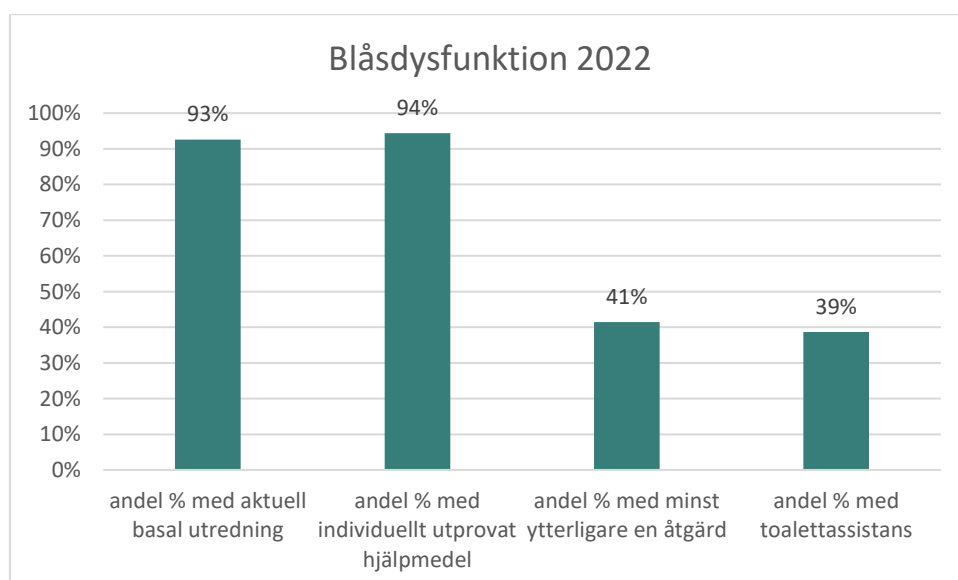
Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Blåsdysfunktion

Syftet med indikatorn är att stärka utvecklingen inom området blåsdysfunktion. Resultaten ger en bild av nuläget och visar på utvecklingsområden. Mätningen bygger på Socialstyrelsens förslag på indikatorer som kan användas vid förebyggande arbete för äldre som riskerar att drabbas eller har drabbats av urininkontinens⁶.

Mål: Alla patienter ska få en bedömning av blåsfunktionen och en kontinensutredning om en risk föreligger med förskrivning av t.ex. kontinenshjälpmedel.

Resultat:



Sammanställt resultat av två PPM-mätningar 2022

⁶ Blåsdysfunktion hos äldre personer Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård, Socialstyrelsen 2016

Analys/resonemang:

Resultatet visar en låg användning av kateterbehandling vilket är positivt då användning av kateter ökar risken för urinvägsinfektion. Dokumentation om indikation vid utredning har ökat sedan föregående år. Process och metod för utredningar bedöms fortfarande vara ett utvecklingsområde även om fler får en basal utredning. Andel patienter med toalettassistans har minskat sedan föregående år. Sjuksköterskor med formell kompetens finns i tre verksamheter. Verksamheterna har säkerställt att det finns reell kompetens. Den reella kompetensen för att få förskriva inkontinensprodukter bedöms av verksamhetschef.

Åtgärd: Fortsatt PPM-mätning två gånger per år i syfte att säkerställa att säkerställa process och metod för utredningar.

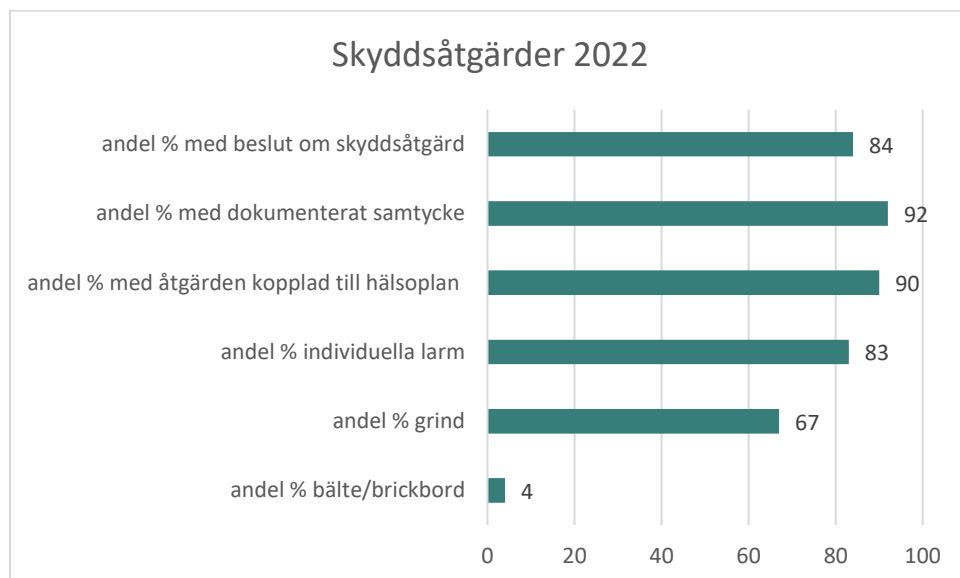
Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen

Skyddsåtgärder⁷

Syftet med indikatorn är att medvetandegöra området och stimulera användandet av alternativa lösningar. Skyddsåtgärder får inte vidtas utan personens samtycke då det saknas lagstöd. Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera patienten. Utan ett samtycke från den enskilde betraktas åtgärden som ett tvång eller en begränsning, även om syftet är att skydda personen för skada. PPM-mätning av användning av skyddsåtgärder har inhämtats under året.

Mål: Alla patienter ska ha ett dokumenterat samtycke till en skyddsåtgärd.

Resultat:



Sammanställt resultat av två PPM-mätningar 2022

⁷ Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna, Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 12/2013

Analys/resonemang: Inhämtade uppgifter visar att 84 % av patienterna har vid mätningen beslut om skyddsåtgärd. Samtycken har inhämtats i samma grad som föregående år, vilket är bra eftersom samtycke är en förutsättning för att kunna använda skyddsåtgärder. Andelen som har åtgärden kopplad till hälsoplan är något lägre än tidigare. De skyddsåtgärder som används är främst individuella larm och grindar. Utifrån årets mätning kan ses en ökad användning av grind liksom av individuella larm. Användningen av bälten eller brickbord är fortsatt låg vilket är positivt, då strävan ska vara att minimera användningen.

Åtgärd: Fortsatt PPM-mätning två gånger per år. Granskning av dokumentation genom egenkontroll. Kompetenshöjande åtgärder för all personal och en strävan att dokumenterat samtycke ska vara 100 % för de som har beslut om skyddsåtgärd.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

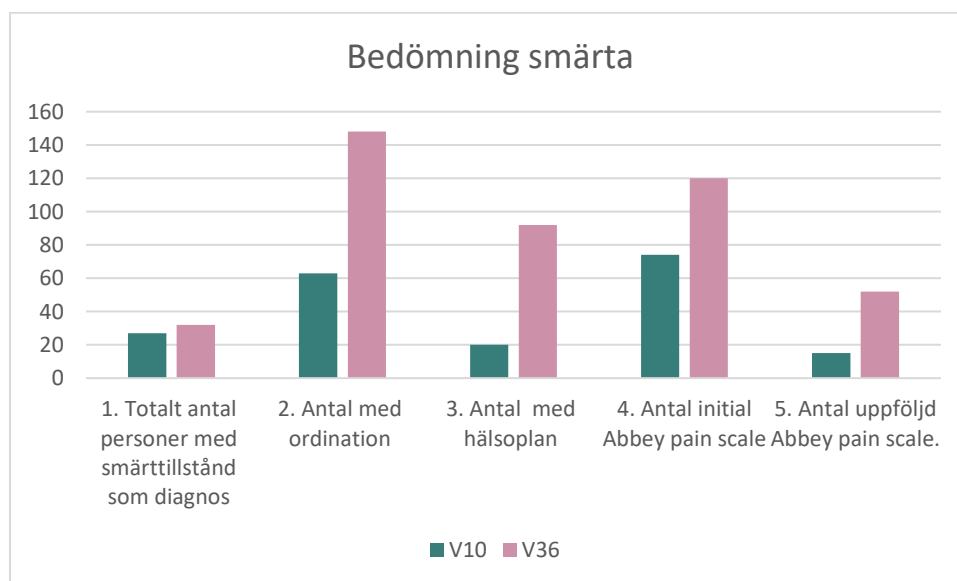
Bedömning av smärta

Syftet med indikatorn är att medvetandegöra området och stimulera användandet av en evidensbaserad smärtskala både när behandling påbörjas och vid uppföljning. Smärta hos äldre är vanligt och konsekvenserna för obehandlad smärta hos äldre kan vara allvarigare vad gäller påverkan på livskvalitet och kroppsfunktioner än hos yngre personer. Om det är möjligt bör en omfattande bedömning av patienten genomföras innan en behandling påbörjas eller förändras. Målet med behandlingen ska vara minskad smärta med en ökad möjlighet för dagliga aktiviteter, bättre sömn, mindre humörsvängningar och minskad förekomst av depression. För en så korrekt smärtbedömning som möjligt är det bra att känna till patientens vanliga beteendemönster. Abbey Pain Scale är ett evidensbaserat instrument som kan användas som ett komplement vid skattning av smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner och andra som har svårigheter att beskriva sin smärta i tal.

Bedömningsinstrumentet finns i Vodok 2.0.

Mål: Att alla bedömningar kompletteras med skattning av smärta med ett evidensbaserat instrument och att skattning och bedömning dokumenteras. Det finns olika instrument och resultatet nedan bygger på användning av ett evidensbaserat instrument, Abbey pain scale.

Resultat:



Sammanställt resultat av två PPM-mätningar 2022

Analys/resonemang: Det är första året som mätning genomförs. Det totala antalet patienter med smärtdiagnos är ganska lika vid båda mättillfällena. Vid andra mättillfället har fler patienter en dokumenterad ordination, upprättad hälsoplan och bedömning som genomförts med Abbey pain scale. Fler patienter har också följts upp med bedömningsinstrumentet. Det är positivt att se denna utveckling.

Åtgärd: Fortsatt PPM-mätning under kommande år.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. I registret registreras genomförda riskbedömningar för nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton fall risk index), munhälsa (Roag) och blåsdysfunktion (Nikola).

Mål: Följa Kommunfullmäktiges (KF) beslut att alla verksamheter registrerar i kvalitetsregistret samt att riskbedömningarna med tillhörande åtgärder är ett verktyg i de teambaserade mötena.

Resultat: Samtliga verksamheter är anslutna till registret och registrerar i varierande grad. Endast en verksamhet har ett implementerat arbetssätt för alla enheter i sin verksamhet. Verksamheterna beskriver att kvalitetsregistret kan vara vägledande i det multiprofessionella teamarbetet.

Analys/resonemang: I jämförelse med föregående år har registreringarna minskat vilket kan bero på olika konsekvenser av pandemin.

Åtgärd: Att fortsätta registrera och att använda resultat i det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet, t.ex. i multiprofessionella teamarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Personal inom hälso- och sjukvård och omsorg behöver tillämpa basala hygienrutiner i sitt arbete. Det är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder (förkläden) – d.v.s. åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen. Mätning av följsamhet sker årligen genom SKR:s PPM-mätning av basala hygienrutiner och klädregler. Metoden grundar sig på observationsstudier av medarbetare i arbetet med nära vård och omsorg, exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Verksamheterna genomför även egna mätningar genom observationer och/eller självskattningar.

Mål: Att minst 90 % av personalen ska följa samtliga åtta steg i basala hygienrutiner och klädregler i patientnära arbete.

Resultat: Alla verksamheter har rutiner för att arbeta utifrån basala hygienrutiner och genomför egenkontroller av följsamheten. Verksamheterna beskriver att de kontinuerligt arbetar med att behålla god följsamhet. Tre verksamheter deltog i SKR:s PPM-mätning för BHK 2022. Totalt 125 observationer genomfördes och alla yrkesgrupper observerades. Det samlade resultatet uppnådde mer än 90 % i alla moment utom ett, att utföra handdesinfektion före arbetsmoment. Där uppnådde resultatet 72 %. Sammantaget visar resultatet att följsamheten till basala hygienrutiner är god.

Analys/resonemang: Verksamheterna beskriver att de kontinuerligt arbetar med att behålla god följsamhet. De risker för smittspridning som pandemin medfört har bidragit till att stora insatser genomförts i alla verksamheter. Det har inneburit både att säkerställa kompetensen hos personalen och tillgången till skyddsutrustning. Observationerna visar på korrekt användning av handskar men det kan vara en överskattning då det finns erfarenhet av att handskar överanvänds.

Åtgärd: Fortsatt deltagande i SKR:s PPM-mätning för BHK samt kontinuerliga egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner i verksamheten utifrån resultat. Uppmuntra att samtliga verksamheter deltar i mätningen.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Vårdhygienisk standard

Samtliga verksamheter har ett avtal med Vårdhygien Stockholm. Avtalet omfattar rådgivning och konsultation. I avtalet finns även möjlighet att få hygienrond utförd i verksamheten.

Mål: Att utifrån identifierade utvecklingsområden förbättra den vårdhygieniska standarden så att risker för smittspridning minskas ytterligare.

Resultat: Under pandemin har inga fysiska hygienronder utförts av Vårdhygien Stockholm. En verksamhet har infört vårdhygieniska ombud som arbetar strategiskt med att förbättra den vårdhygieniska standarden i verksamhetens utrymmen.

Analys/resonemang: En struktur för vårdhygienisk standard i verksamheterna är ett utvecklingsområde.

Åtgärd: Vårdhygienisk egenkontroll, genomförs under våren 2023. Svensk förening för vårdhygien - SFVH:s protokoll används för registrering och analys. Hygienrond utförd av Vårdhygien Stockholm utifrån resultat av egenkontroll. Tillämpa den nya föreskriften och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder HSLF-FS 2022:44.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Funktionsbedömning ADL

Personlig ADL (Aktiviteter i dagliga livet) handlar om aktiviteter som alla människor regelbundet utför i sitt hem. Aktiviteterna kan ske självständigt eller med hjälp av någon annan person. Personlig ADL omfattar att; äta och dricka, klä på och av sig, sköta sin personliga hygien, sköta sin övriga kroppsvård, göra toalettbesök och byta kontinentshjälpmedel. ADL-bedömning genomförs av en arbetsterapeut.

Mål: alla boende ska ha en aktuell ADL- bedömning som uppdateras årligen eller oftare om behov för det finns.

Resultat: Andelen patienter som under året erbjudits och fått en ADL bedömning ligger sammantaget relativt högt. Spridningen är dock fortsatt stor mellan verksamheterna där 45% är den verksamheten med lägst registrerade ADL bedömningar och 95% har den verksamheten med högst registrerade aktuella ADL bedömningar.

Analys/resonemang: Den verksamhet som registrerat lägst antal ADL bedömningar bedriver även korttidsvård vilket tar en stor del av arbetsterapeutens resurser i anspråk. Detta kan i sin tur påverka möjligheterna till att uppdatera övriga avdelningars patienter inom ramen av årsspannet som denna statistik bygger på. Det kan även vara så att arbetsterapeuten har valt ett annat mätinstrument att använda för att registrera och följa upp ADL. Denna sökning vi gör plockar enbart upp statistik från de bedömningsinstrument som finns inlagda i stadens journalsystem Vodok vilket i så fall skulle ge en missvisande och lägre statistik. Det är av stor vikt att det finns arbetsterapeuter i verksamheten som utför ADL och följer upp patienter. Då bemanning inom rehab ofta är låg så är marginalerna vid personalbortfall också små. Det är möjligt att andra yrkeskategorier dokumenterar hur patienten klarar sin personliga vård men det kan inte ersätta funktionen av ADL som ska utföras av en arbetsterapeut.

Åtgärd: Översyn av lokala rutiner samt bemanning vid utförandet av funktionsbedömning ADL.

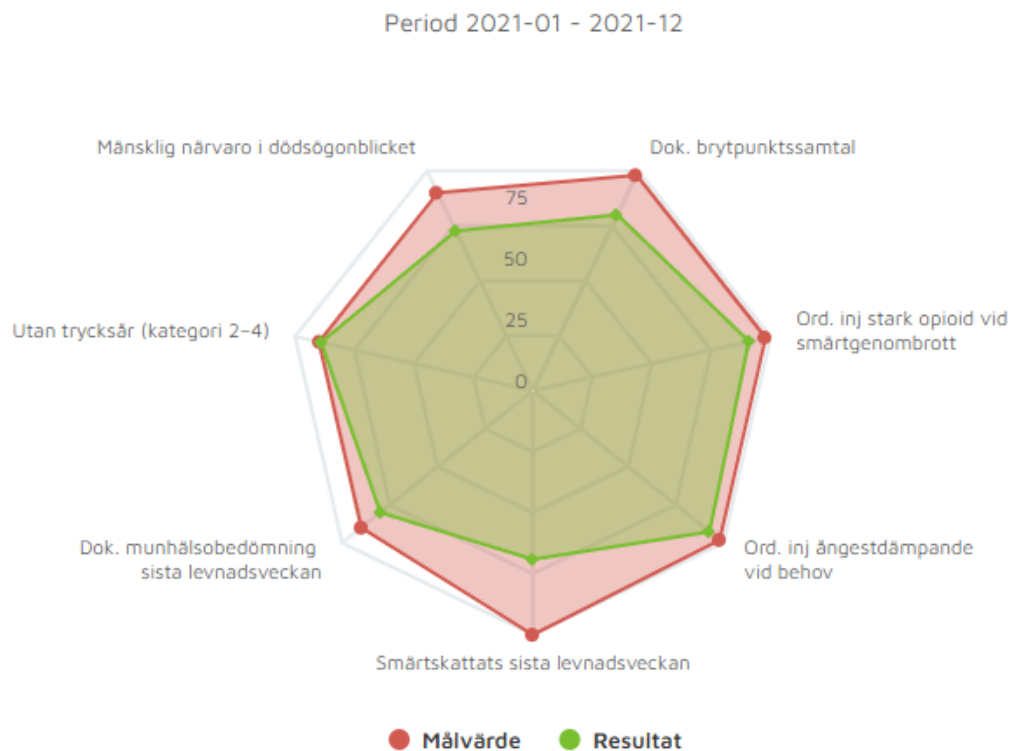
Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Sjuksköterskan besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit den sista veckan i livet. Resultatet kan användas i utvecklingsarbete.

Mål: Presenterad statistik är baserad på de förväntade dödsfallen i verksamheterna. Palliativregistret uppsatta målvärden är 100 procent för ”Smärtskattas sista levnadsvecka” 98% för ”Dokumenterat brytpunktssamtal”, ”Ordinerad injektions stark opioid” och ”Ordinerad injektions ångestdämpande”. För parametrarna ”Utan trycksår”, ”Dokumenterad munhälsobedömning” samt ”Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket” är målvärdet är 90 procent.

Resultat:



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer från Palliativa registret 2022 – ett snitt för samtliga fyra verksamheter tillsammans.

Analys/resonemang: Samtliga verksamheter registrerar i Svenska palliativa registret. Följsamheten att registrera kan bli bättre. De olika verksamheterna har lite olika områden att arbeta med. Det gemensamma resultatet visar dock ett relativt gott resultat. Trots att ett positivt resultat kan ses vid granskning av dokumentationen så syns inte i registreringen att smärtskattning sker med evidensbaserade mätinstrument. I jämförelse med länets samtliga verksamheter så är resultatet aningen bättre under punkterna utan trycksår, ordination vid smärtgenombrott och ångestdämpande vid behov. Vid jämförelse av övriga punkter dock aningen sämre.

Åtgärd: Fortsatt behov av att utveckla den palliativa vården finns, i synnerhet i ett tidigt palliativt skede. MAS sammankallar fortsatt nätverket för palliativa ombud på Östermalm och uppmuntrar till fortsatt deltagande i PKC:s utbildningar. Fortsatt PPM-mätning i smärtskattning av evidensbaserat mätinstrument där det finns flera områden att utveckla.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

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 drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

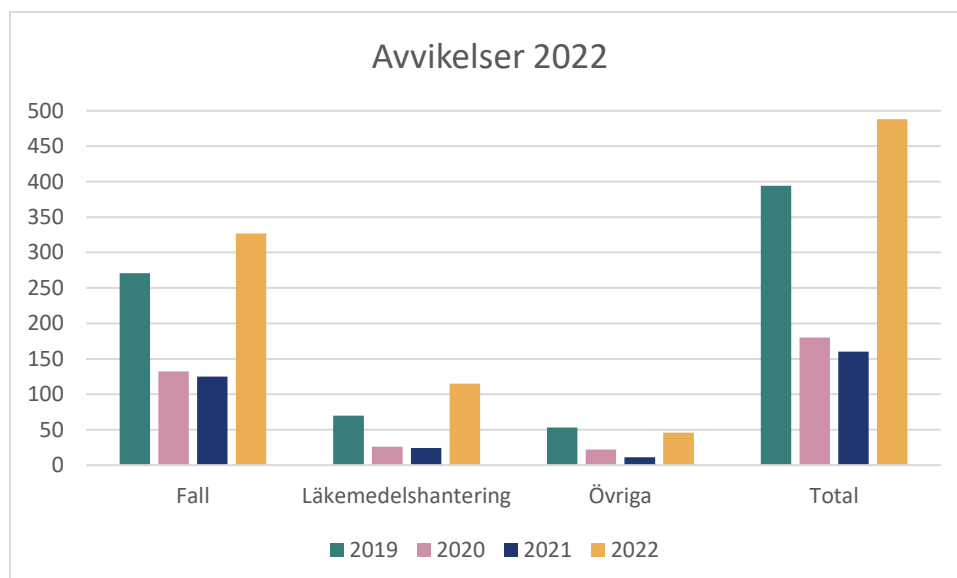


Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen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

Registrerade avvikelser

Statistik över avvikelser under året begärs in från verksamheterna. För egenregin följer MAS och MAR kontinuerligt upp avvikelser i Vodok 2.0 och har regelbunden dialog med verksamheterna. För entreprenaderna lyfts frågan om avvikelser vid samverkansmöten. Avvikelser som utreds och leder till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada utreds av vårdgivarens MAS alternativt MAR som bedömer om anmälan till IVO enligt Lex Maria ska göras. Under 2022 har ett flertal allvarliga händelser utretts och tre ärenden enligt Lex Maria har anmälts till IVO som risk för allvarlig vårdskada:

Resultat:



Figur 1. Gemensamt resultat för samtliga vård- och omsorgsboende i stadsdelen från registrering av avvikelser i respektive verksamhet för åren 2019-2022.

Analys/resonemang: Samtliga verksamheter har ett digitalt system för registrering av avvikelser inom hälso- och sjukvården. Två verksamheter har lämnat in uppgifter om rapporterade avvikelser och två verksamheter har rapporterat i avvikelsemodul i Vodok 2.0. Resultatet visar att flest avvikelser rapporterats inom områdena fall och läkemedel, vanligtvis rörande brister i signering. Verksamheterna arbetar vid olika teambaserade mötesformer med hantering både på individ- och organisationsnivå. En utveckling som kan ses är att verksamheterna mer strukturerat rapporterar avvikelser i vårdkedjan.

Under året har rapporteringen av avvikelser ökat efter att det varit en minskning under pandemin. Orsaken till minskningen under pandemin kan vara att man under perioder haft ett större antal vikarierande personal i sin verksamhet med anledning av hög sjukfrånvaro. Det kan även finnas en faktor av upplevd tidsbrist där prioriteringar har påverkats. Trots att det är positivt att registrering av avvikelser ökat så är det fortsatt ett utvecklingsområde.

Dokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering är riskområden som identifierats i de allvarliga händelser som utretts enligt Lex Maria. Verksamheterna arbetar aktivt med att säkerställa identifierade områden.

Åtgärd: Verksamheterna behöver arbeta med patientsäkerhetskulturen för att öka förståelsen och vikten av avvikelserapportering. Kompetenshöjande insatser till baspersonal om vad som är en avvikelse samt vem som kontaktas och hur det ska registreras. Utveckling av processen i hantering av avvikelse samt återföring av resultat till berörd personal samt verksamheten bör fortsätta.

Det är en förutsättning för systematiskt kvalitetsarbete att aktivt utreda händelser och vidta åtgärder vilket är något som fungerar väl i verksamheterna. Dock är underlaget lågt vilket kan ge en indikation om att alla avvikelser inte rapporteras.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärdsplaner som skickats till IVO vid anmälningar Lex Maria. Övriga insatser följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Har vården varit säker

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn i vård- och omsorgsboende avseende medicinsk vård och behandling under covid-19-pandemin. Patientjournaler har begärts in för analys.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn i vård- och omsorgsboende avseende medicinsk vård och behandling under covid-19-pandemin. Patientjournaler från januari 2019 till juni 2021 har begärts in för analys. Sjuksköterskor och patienter har svarat på en enkät våren 2022. IVO har besökt flera stadsdelar inom Stockholms stad och genomfört intervjuer med ledning, sjuksköterskor, boende och anhöriga. Alla stadsdelar och kommuner omfattas och kommer att få besök av IVO. Denna tillsyn gäller för vård- och omsorgsboende för äldre i egen regi. Rapport och beslut i tillsynsärendet lämnas av IVO efter genomförd tillsyn.

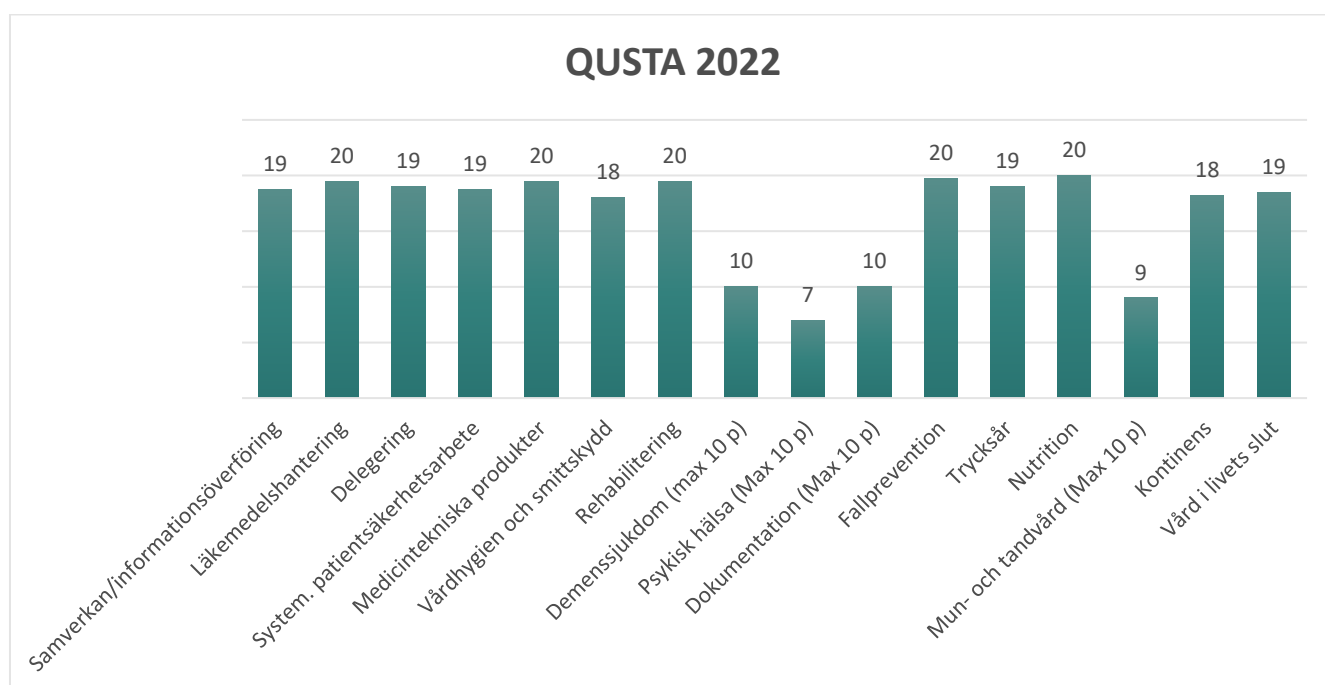


Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

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

Uppföljningar enligt Qusta har genomförts i samtliga verksamheter.

Resultat:



Figur 2. Gemensamt resultat för alla fyra vård- och omsorgsboenden i stadsdelen från uppföljning med Qusta. Maxpoäng är 20 förutom områdena demenssjukdom, psykisk hälsa, dokumentation och mun- och tandvård där maxpoängen är 10.

Analys/resonemang: Verksamheterna visar ett gott resultat utifrån de kriterier som efterfrågas i Qusta. En sammantagen bedömning har sedan gjorts av verksamheternas förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller hög kvalitet.

Pandemin har fortsatt påverkat verksamheternas förutsättningar att upprätthålla och utveckla tidigare identifierade områden. Däremot visar det samlade resultatet av områdena medicintekniska produkter och nutrition har förbättrats under året. Områdena vårdhygien och kontinens har ett lägre resultat än förra året vilket kan vara en effekt av att hygienronder och planerade utbildningsinsatser inte kunde utföras i samma utsträckning under pandemin.

Ett nytt område i Qusta är psykisk hälsa. Det är ett utvecklingsområde för alla verksamheter, dock har man kommit olika långt.

Åtgärd: Stödja chefer i att utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens processer i egen regi genom att delta vid olika möten med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal, stödja i framtagande av lokala rutiner och riskanalyser, begära in egenkontroller, erbjuda utbildning för legitimerad personal. Inom området psykisk hälsa ges råd t.ex. att använda screeninginstrument för att upptäcka depression, säkerställa kompetens hos personalen inom området och att upprätta hälsoplan.

Vägledning i form av rådgivning till entreprenörer ges vid uppföljningstillfällen och samverkanmöten.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regiverksamheterna och begär in resultat och analys från entreprenadernas MAS/MAR efter granskning. Under hösten 2021 anställdes en processledare i syfte att utbilda och handleda legitimerad personal i journalsystemet Vodok 2.0.

Mål: Att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer. Hälso- och sjukvårdens processer ska tydligt framgå och att den enskildes önskemål och behov dokumenteras i patientjournalen.

Resultat: MAS har granskat journaler i egen regi. Granskningens fokus har varit områdena sår och kontinensområdet. Den samlade bedömningen kvarstår från föregående år när det gäller hälsoplaner ses en varierande kvalitet avseende innehåll, som tydlig målsättning och kopplade åtgärder samt att avsluta inaktuella hälsoplaner. Utifrån entreprenörernas granskning som inkommit ses även de i varierande grad bedömt hälsoplaner som ett utvecklingsområde.

Analys/resonemang: Under en längre period har det inte funnits en specifikt utpekad person (processledare för dokumentation) som arbetat med utbildning och utveckling av dokumentationssystemet, vilket tydligt kunnat ses i dokumentationen. När en verksamhet saknat processledare har nyheter i systemet och bra information inte alltid nått ut till verksamheterna. Journalsystemet är inte självinstruerande och kan vara svårt att lära sig om man aldrig arbetat med systemet tidigare. När kontinuiteten är låg och en verksamhet byter sjuksköterskor ofta kan kvaliteten av dokumentationen påverkas negativt.

Åtgärd: Uppföljning av hälsoplaner är ett område att specifikt arbeta vidare med i alla verksamheter samt att tydliggöra patientens delaktighet i sin vård. Processledaren fortsätter att utbilda och handleda verksamheternas dokumentationshandledare. Kollegial granskning efterfrågar även under kommande år. Det är en egenkontroll, där hälso- och sjukvårdspersonal

granskar varandras journaler i syfte att identifiera styrkor och utvecklingsområden att arbeta vidare med. Förutom det finns ett lärande i metoden.

Uppföljning av åtgärd: Insatserna följs upp vid den årliga Qusta-uppföljningen samt egenkontroll som efterfrågas två gånger per år under året.

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

Alla fyra vård- och omsorgsboenden i stadsdelen är bemannade med sjuksköterska dygnet runt vilket ökar förutsättningarna för en god patientsäkerhet. En verksamhet har haft en stor utmaning under året att behålla ordinarie sjuksköterskor vilket inneburit att verksamheten till stor del bemannats av sjuksköterskor från bemanningsföretag. Det medförde initialt en sämre kontinuitet då sjuksköterskor från bemanningsföretag inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner ledde det i sin tur till brister i patientsäkerheten. Verksamheten upprättade en åtgärdsplan som kontinuerligt följts upp i samverkan. Rekrytering av sjuksköterskor kan fortsatt vara en utmaning för verksamheterna vilket kan innebära att sjuksköterskor från bemanningsföretag behöver anlitas oftare. Verksamheterna har sjuksköterskor som de kan anställa för att täcka upp korttidsfrånvaro vilket är en bättre lösning då kontinuiteten blir bättre.

Alla fyra verksamheterna har identifierat palliation och kontinensområdet som utvecklingsområden. MAS ansvarar för nätverksträffar för palliativa ombud vilket är ett forum för inspiration och erfarenhetsutbyte. MAS kommer även fortsatt att följa registreringar i Palliativregistret och initiera PPM-mätning av blåsdysfunktion för att stödja verksamheterna i utvecklingsarbetet.

I kartläggningen av patientsäkerhet med hjälp av SKR:s Analysverktyg har samverkan med primärvården identifierats som ett utvecklingsområde för korttidsenheten. Initiativ till samverkan har tagits och ett första möte med primärvårdens chefer och GSA (geografisk samordare) för primärvården har hållits. Syftet med samverkan är att stärka och säkra vårdövergångar från slutenvården till korttidsenheten och vidare till ordinärt boende eller särskilt boende.

Informationsöverföring är en risk för avvikelser och verksamheterna har kommit olika långt i implementering av ViSam. ViSam är ett beslutsstöd med en checklista som ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. En väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring är SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation). Kommunikationsmodellen har implementerats i ett vård- och omsorgsboende i syfte att säkra informationsöverföringen mellan läkare och hälso- och sjukvårdspersonal men också mellan hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal. Informationsöverföring är ett ständigt utvecklingsarbete.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Sommarperioden och helgerna kring jul och nyår är exempel på riskperioder som behöver bedömas utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Inför årets semesterperioder efterfrågar MAS/MAR riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Samtliga verksamheter har genomfört och lämnat riskanalyser till förvaltningen. Uppföljning av riskanalyserna visade att bemanningsplanering i stor utsträckning fungerat trots att de avtalade bemanningsfirmorna inte alltid levererat i den omfattning som verksamheterna har haft behov av. Trots viss svårighet att bemanna bedöms patientsäkerheten inte ha äventyrats. Läkarinsatserna under sommaren har fungerat bra trots att läkarorganisationen bemannat med flera olika vikarier i några verksamheter.

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

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

I resultatet av nulägesanalysen med Analysverktyget framkom att verksamheterna har ett behov av att förbättra analyserna av insamlat resultat, t.ex. från egenkontroller. För att öka förståelsen för hur viktigt det är att analysera resultat efterfrågar MAS/MAR analys av resultat från uppföljningar, riskanalyser och egenkontroller, dels för att träna på analysarbete och dels för att värdera resultatet utifrån vad som behöver utvecklas och vad som håller en god kvalitet. Utifrån analysen kan verksamheten sedan identifiera styrkor och utvecklingsområden och vidta åtgärder.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelserrapporteringen är fortsatt låg i verksamheterna, en orsak kan vara brist på kompetens i patientsäkerhetskultur, hantering och rapportering av avvikelser samt att systemet för avvikelserrapportering är inte användarvänligt. I två av verksamheterna kan baspersonal inte lägga in avvikelserna direkt i systemet utan använder papper. Därefter rapporterar hälso- och sjukvårdspersonalen in avvikelserna i avvikelsemodulen. Den komplexa processen kring rapportering av avvikelser kan vara en orsak till att färre avvikelser rapporteras. Entreprenader som har andra enklare processer för avvikelshantering och rapportering kan visa på en mer stabil registrering av avvikelser. Dock är det en utmaning även för privata utförare att säkerställa kompetensen inom området patientsäkerhetskultur och följsamhet till rutinerna.

Verksamheterna har rutiner i sitt patientsäkerhetsarbete där alla rapporterade avvikelser hanteras i kvalitetsråd. Under året har ett flertal allvarliga händelser utretts och tre händelser har anmälts till IVO som risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

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. Klagomål och synpunkter kan komma från boende och/eller närstående antingen direkt, via IVO (Inspektionen av vård och omsorg) eller Patientnämnden. Inkomna avvikelser och synpunkter skickas till utföraren för åtgärd och återkoppling. Få avvikelser som rör hälso- och sjukvård rapporteras till förvaltningen. Troligen inkommer klagomål och synpunkter direkt till verksamheten och hanteras av chefer enligt lokala rutiner. Dessa rapporteras i verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser. Inga klagomål och synpunkter för stadsdelens verksamheter har inkommit till Patientnämnden under året.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetskultursammanhang beskrivs detta som resiliens (förmågan att stå emot och klara av en förändring, samt återhämta sig och vidareutvecklas).



Under pandemin har verksamheterna varit tvungna att utveckla processer för att snabbt kunna ställa om arbetssätt, säkerställa informationsflöde och analysera resultat av processer. Verksamheterna har tränat på att genomföra kontinuerliga riskbedömningar, ta fram handlingsplaner och vidta åtgärder. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och sannolikt en annan riskmedvetenhet än innan pandemin. Dock behöver verksamheterna fortsatt genomföra riskbedömningar vid alla förändringar och omorganisationer i verksamheten, även de som är mer vardagliga och inte bara större risker som pandemin inneburit.

I MAS och MAR uppdrag ingår att sträva efter att verksamheterna arbetar så patientsäkert som möjligt. Genom att genomföra uppföljningar, egenkontroller, granskningar och

riskanalyser kan detta säkerställas. Detta är ett arbete som behöver göras i dialog med verksamhetschef för hälso- och sjukvård och ibland på plats i verksamheten. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna utifrån resultat från uppföljningar och analys av verksamheternas egenkontroller. För egenregi finns möjlighet att träna olika moment på KTC (kliniskt träningscentrum). Arbetet med att arbeta vidare med områden som identifierats i nulägesanalysen med SKR:s Analysverktyg kommer att fortsätta som ett led i omställningen till nära vård.

Hantering av avvikelser är ett sätt att identifiera riskområden och få syn på utvecklingsområden för patientsäkerhet. I nulägesanalysen med SKR:s Analysverktyg har avvikelser identifierats som ett utvecklingsområde. Ett projekt har genomförts där alla har en gemensam rutin för rapportering av avvikelser. Det som kvarstår är utbildning för baspersonal främst av hela avvikelseprocessen, t.ex. hur man identifierar en avvikelse. Detta är ett utvecklingsarbete som alla verksamheter behöver genomföra för att öka kompetensen inom området. Alla verksamheter har forum för att gå igenom och analysera avvikelser, t.ex. kvalitetsråd där olika professioner samlas för analys och beslut om eventuella åtgärder i organisationen för att minska risken att avvikelsen upprepas..

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

- 1 Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. genomföra uppföljning med kvalitetsinstrumentet Qusta,
 - b. granska resultat och analysera egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - c. granska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egenregi och inhämta entreprenörernas granskningsresultat,
 - d. genomföra PPM (punktprevalensmätning) över indikatorer,
 - e. efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - f. genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten,
 - g. bevaka rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelse i egenregi,
 - h. efterfråga och ta del av egenkontroll av vårdhygienisk standard,
 - i. inventera att förutsättningarna för följsamhet till basala hygienrutiner finns,
 - j. delta i PPM-mätning i basala hygienrutiner och klädregler, samt
 - k. inhämta statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister

2. Analysera och återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.

3. Ge stöd till ledning och verksamhet i egenregi 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 2.0 genom dialog,
 - stödja och samverka med dietist genom dialog,
 - stödja chefer i att identifiera processer, upprätta rutiner och arbetssätt,
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador, samt
 - erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal

4. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.

5. Samverkan med externa aktörer, andra vårdgivare, som har betydelse för patientsäkerheten.

6. Fortsatt arbete med identifierade utvecklingsområden i handlingsplan – omställning till nära vård.

7. Initiera samverkan med Norrmalms Sdf inför sammanläggning till Norra innerstadens Sdf, för tryggad patientsäkerhet.

8. Kartlägga förutsättningarna och initiera till digital signering av administrerade läkemedel.

9. Fortsatt implementering och stöd till nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom innerstadens verksamheter.