

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR ÖSTERMALMS STADSDELSFÖRVALTNING, ÄLDREOMSORG

ÅR 2018

Östermalms Stadsdelsförvaltning
Äldreomsorgen

Karlavägen 104, 6 tr
Box 24156
104 51 Stockholm
Telefon 08-508 10 086
Fax 08-508 10 099
ostermalm@stockholm.se
stockholm.se

Ansvarig för innehållet:

Annica Myhr Högström, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Linnéa Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

www.stockholm.se/masmarinnerstaden

Innehåll

Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och anhörigas delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Risikanalys	12
Utredning av händelser - vårdskador	13
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll	13
<i>Resultatredovisning egenkontroll</i>	<i>14</i>
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter	20
Händelser och vårdskador	20
Risikanalys	20
Mål och strategier för kommande år	21

Sammanfattning

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Östermalm.

Uppföljningar och kartläggningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet som genomförts visar ett gott resultat. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har ledningssystem med de väsentliga rutiner som ger förutsättning att ge en god och säker vård.

Under året har fler processer inom hälso- och sjukvården behövt säkerställas i samband med att en verksamhet lagts ner och två verksamhetsövergångar från entreprenör till egenregi har genomförts. Detta har skett genom stöd till ledningen och deltagande i olika möten för att informera och att säkerställa processer och rutiner, t.ex. läkemedelshantering, informationsöverföring, dokumentation och läkarkontakt.

En styrka som stödjer ett patientsäkert arbetssätt är att samtliga verksamheter aktivt arbetar med teamarbete och regelbundna möten genomförs, en annan styrka är att sjuksköterska finns på plats dygnet runt i samtliga verksamheter.

En utmaning är den fortsatta utvecklingen av de tvärprofessionella teamen, så att den samlade kunskapen skapar förutsättningar för personcentrerade bedömningar ur ett helhetsperspektiv. För att målet ska uppnås behöver informationsutbyte ske på ett strukturerat sätt och vårdprocessen kunna följas i dokumentationen. Ett annat mål är att ytterligare kvalitetssäkra vården kring blås- och tarmdysfunktion och munhälsa.

Inledning

Inom stadsdelens ansvarsområde finns fyra vård- och omsorgsboenden. Två boenden drivs i egenregi, Kampementets vård- och omsorgsboende och Rio vård- och omsorgsboende. Kampementet återtogs i egenregi den 1 april 2018 i samband med att tillståndsbeslut inte gavs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till entreprenör som tilldelats driften i samband med upphandling. Rio återtogs efter beslut i nämnden att inte göra ny upphandling i samband med att avtalet gick ut, den 1 november 2018. Två boenden drivs på entreprenad; Katrumpstullen (Kosmo/Norlandia) och Linnégården (Ersta diakoni).

Stadsdelens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har i dokumentet gjort en samlad bedömning av hälso- och sjukvården för de verksamheter som ingår i stadsdelsnämndens ansvarsområde. Bedömningen grundar sig på granskningar och uppföljningar under året samt insamlade uppgifter från verksamheterna. I dokumentet benämns den boende fortsatt som patient.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

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

Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2018:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. genomföra 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 punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
 - e. efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - f. genomföra anmälda som oanmälda besök i verksamheten,

- g. följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och i egen regi samverka med verksamhetschefer/ enhetschefer vid utredning av allvarliga händelser.
 - h. att säkerställa att förutsättningarna finns för följsamhet till basala hygienrutiner,
 - i. följa utveckling av teamarbete, samt
 - j. ta fram statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister
2. Ge stöd till ledning i nytillkomna verksamheter i egen regi, samt vid avveckling av verksamhet.
3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp.
4. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.
5. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.
6. Genomföra nätverksträffar för palliativa ombuden.

Organisation och ansvar

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

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att tillse att vårdgivaren bedriver 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 IVO och ansvarig nämnd informeras.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård, ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen delges och rapporteras som ett anmälningsärende till stadsdelens nämnd.

MAS och MAR har ett ansvar för att säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård ges patienter inom kommunens ansvarsområde.

Det medicinska ansvaret i kommunens hälso- och sjukvård innebär att vissa uppgifter som krävs av MAS och MAR är undandragna verksamhetschefens ledning för hälso- och sjukvård. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, granska, dokumentera, följa upp och redovisa arbetet med berörda verksamheters kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. I ansvaret ingår att göra anmälan av allvarlig vårdskada för egenregiverksamheter till IVO. Anmälan som gjorts av entreprenör delges nämnden av stadsdelens MAS och MAR.

MAS och MAR är även en resurs för nämnden i fråga om samverkan med andra huvudmän, upphandling av hälso- och sjukvård, personalens sammansättning, kompetens och kompetensutveckling samt att medverka i kvalitets- och utvecklingsarbete. MAS och MAR medverkar i avtalsuppföljningar inom äldreomsorgens särskilda boenden som drivs av entreprenör i egenskap av sakkunniga i hälso- och sjukvård .

Hälso- och sjukvårdspersonal medverkar till en hög patientsäkerhet genom att i sitt yrkesutövande följa lagar, stadens riktlinjer och MAS/MAR regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Samma ansvar gäller för baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift.

Stadsdelen har en dokumentationsstödjare som informerar och ger kompetensstöd om Vodok 2.0 till verksamheternas utsedda handledare i dokumentation.

Stadsdelen har avtal med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien Stockholm, Palliativt kunskapscenter (PKC) och Apoteket AB. När behov uppstår kan förvaltningen konsultera Smittskydd Stockholm och Strama.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Med syfte att bidra till att skapa bättre förutsättningar att erbjuda god, trygg och säker vård och omsorg för äldre personer som är i behov av insatser från kommun och landsting finns en sammanhållen överenskommelse.

Överenskommelsen innefattar:

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

Samverkansmöten som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten har skett med läkarorganisation Capio Legevisitten och Östermalms särskilda boendens chefer och MAS under året.

Samverkan som bidragit till att säkra vården:

- Samverkansmöten med slutenvården och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genomförts vid ett antal tillfällen under året.
- Samverkansmöten med Vårdhygien Stockholm har genomförts två gånger under året. Vid ett av dessa möten medverkade även Smittskydd Stockholm.
- MAS har deltagit i samverkansmöte på Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård avseende nödvändig tandvård och munhälsobedömning.
- Samverkansmöten mellan entreprenörernas MAS och stadsdelens MAS och MAR har genomförts två gånger under året. Löpande samverkan sker för utbyte av information vid olika frågeställningar eller händelser i verksamheter.
- Stadsdelen har under del av året haft tillgång till dietist på halvtid för egenregiverksamheter. MAS och MAR har träffat dietisten för samverkan.

Patienters och anhörigas delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

MAS och MAR har en rådgivande funktion, vid frågor som rör hälso- och sjukvården och finns vid behov tillgängliga för patienter och anhöriga.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Hälso- och sjukvårdspersonal i samtliga verksamheter rapporterar avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt alla

fallolyckor som inträffar, i digitala system. Verksamheterna ansvarar för hanteringen av avvikelser och att utreda händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada. Samtliga verksamheter har ett forum t.ex. kvalitetsmöte, för sammanställning och analys av rapporterade avvikelser. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska MAS/MAR informeras för fortsatt utredning och ställningstagande om anmälan till IVO.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som rör hälso- och sjukvården och som inkommer till stadsdelsförvaltningen ingår i förvaltningens rutin för klagomålshantering. De förmedlas till respektive verksamhetschef som ska analysera och åtgärda i verksamheterna. Stadsdelens MAS och MAR är delaktiga som rådgivande i specifika frågor.

Egenkontroll

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

Uppgifter inhämtas genom uppföljning och inhämtande av statistik över framtagna indikatorer för hälso- och sjukvård från verksamheterna med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år 1 gång per år	Verksamheternas egenkontroll Stickprovskontroll egenregi samt granskningsresultat från entreprenörers MAS
Avvikelser	Fort-löpande	Avvikelsehanteringssystemet Vodok 2.0
Socialstyrelsens indikatorer för blås- och tarmdysfunktion	2 gånger per år	PPM från verksamheterna
Indikatorer för skyddsåtgärder	2 gånger per år	PPM från verksamheterna
Riskbedömningar/ screening (fall, trycksår, undernäring, munhälsa och kontinens)	1 gång per år	Journalssystemets statistikmodul Senior Alert

Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Journalssystemets statistikmodul
Infektionsregistrering	1 gång per år	Incidensrapportering över antibiotikabehandlade infektioner samt vissa virus.
Basala hygienrutiner	Minst 2 gång per år	Verksamheternas egenkontroll
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

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Under året har uppföljningar och kartläggningar avseende verksamheternas förutsättningar att bedriva en god och säker vård genomförts vid tre verksamheter. Resultatet ger underlag för bedömning om patienterna erbjuds en god och säker vård som håller god kvalitet, framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården. Uppföljningen ska genom dialog även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Uppföljningarna har skett i dialog med verksamhetschef och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna.

Dokumentation

Resultat och analys av verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdens dokumentation har begärts in från verksamheterna vid två tillfällen under året.

Avvikelsehantering

MAS och MAR har under året löpande följt egenregi-verksamheternas registrering och hantering av rapporterade avvikelser. Entreprenörerna har rapporterat statistik över verksamhetens avvikelser och utredningar av allvarliga händelser. Det ger möjlighet att följa trender över händelser som kan påverka patientsäkerheten.

MAS och MAR har under året deltagit vid möten i egenregiverksamheterna och informerat om det uppdaterade avvikelssystemet i Vodok 2.0.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer – Punktprevalensmätning (PPM)

Indikatorer för hälso- och sjukvården har inhämtats från samtliga verksamheter bland annat genom PPM två gånger under året. Resultatet av statistiken ger underlag för bedömningar av kvalitet i olika vårdprocesser samt möjlighet att göra jämförelser både inom och mellan verksamheterna. De områden som mätningarna avsett är blås- och tarmdysfunktion och skyddsåtgärder.

Riskbedömningar

Riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens är ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Statistik över genomförandegrad har inhämtats genom sökning i journalsystemets statistikmodul. Riskbedömningar ska även registreras i Senior Alert i de fall patienten samtyckt till detta.

Vårdhygienisk standard/basala hygienrutiner

Verksamheterna har avtal med Vårdhygien Stockholm. Enligt avtalet erbjuds t.ex. utbildning till alla yrkesgrupper, hygienrond samt rådgivning och konsultation. Hygienrond har ej genomförts under året. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Infektionsregistrering

Flertalet verksamheter infektiionsregistrerar. Verksamhetens MAS har sammanställt och analyserat resultatet.

Läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i entreprenörsverksamheterna under året. Verksamhetens MAS har tagit del av resultat och åtgärdsplan som tagits fram. Intern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts av MAS i egenregi-verksamhet.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en patients läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Läkemedelsgenomgång har genomförts av ansvarig läkarorganisation.

Vård i livets slut

Samtliga verksamheter har registrerat i Svenska palliativa registret. Stadsdelen har genomfört en satsning på att utbilda palliativa ombud som ett led i att utveckla och säkra vården i livets slut. Idag har verksamheterna bildat palliativa team där olika professioner ingår. Teamen träffas regelbundet i nätverk för att bibehålla och utöka kompetensen inom området.

Strategiska möten och arbetsgrupper

Under året har MAS deltagit vid möten inom avdelningsstöd äldreomsorg.

Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten i egenregi har under året skett för att delge information och föra dialog kring aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor.

MAS och MAR i innerstadens stadsdelar har haft regelbundna arbetsmöten. Under året har revidering av gemensamma regler för hälso- och sjukvården gjorts och den gemensamma hemsidan uppdaterats. Vid dessa möten har även samverkan med MAS i entreprenörers verksamhet och andra funktioner inom hälso- och sjukvården skett.

Under året har fem möten med stadens samtliga MAS och MAR och Äldreförvaltningens hälso- och sjukvårdsstrateg genomförts för utbyte av information och gemensamt utvecklingsarbete. Under året har arbete med att ta fram stadsgemensamma riktlinjer pågått.

Samverkansmöten med läkarorganisationen Capio Legevisitten har genomförts tillsammans med berörda MAS och MAR i länet. Samverkansmöten inom stadsdelens egenregi-verksamheter har även genomförts med läkarorganisationen, verksamhetschefer och MAS.

MAS och MAR har som en del i sin omvärldsbevakning deltagit vid kompetensdagar anordnade av Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

MAS och MAR har under året deltagit i samverkansmöten med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Socialstyrelsen, IVO och Patientnämnden.

MAS har deltagit i den nationella konferensen om Patientsäkerhet.

MAS har deltagit som sakkunnig i central upphandling av hjälpmedel.

MAR har deltagit i referensgrupp med HSF (Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen) och Storsthlm för överenskommelse om ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting avseende hjälpmedel inom LSS och äldreomsorg.

MAR har under året deltagit som sakkunnig inom hälso- och sjukvård och rehabilitering i projektet ”Modernisering av sociala system” inom Stockholms stad.

MAS är medlem i RKHK (Regional kommunal hygienkommitté) och har under året deltagit i olika arbetsgrupper och möten för att ta fram stödmaterial till verksamheter med syfte att minska risker för vårdrelaterade infektioner.

MAS har i samverkan med verksamhetscheferna säkerställt att skriftligt rapportstöd lever upp till kraven i GDPR.

Under året har fler processer inom hälso- och sjukvården behövt säkerställas i samband med att en verksamhet lagts ner och två verksamhetsövergångar från entreprenör till egenregi har genomförts. Detta har skett genom stöd till ledningen och deltagande i olika möten för att informera och säkerställa processer och rutiner, t.ex. läkemedelshantering, informationsöverföring, dokumentation och läkarkontakt.

Insatser för kompetensutveckling

Genomgång av nya författningar och hantering av avvikelser i Vodok's avvikelsemodul har genomförts vid egenregi-verksamheterna.

Riskanalys

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

Under året har riskanalyser begärts in från verksamheterna i samband med sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger. Utifrån inlämnade riskanalyser bedöms att kompetensen att upprätta riskanalyser kan förbättras.

I samband med övertagandet av Kampementet fanns flera vakanta tjänster. En riskanalys genomfördes avseende risker i förhållande till bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal av MAS och verksamhetschef. Analysen visade på vikten av att vårdgivaren har ett helhetsperspektiv på resursfördelningen för att säkerställa patientsäkerheten.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under året har en utredning av händelse bedömts som risk för allvarlig vårdskada och anmälts enligt lex Maria till IVO. I egenregi har två utredningar har genomförts som inte bedömdes som risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamhetschefen ansvarar för att under året genomföra loggkontroller för att säkerställa att tillgången till patientuppgifter i hälso- och sjukvårdsjournal används enligt regelverket. Vid eventuella avvikelser kontaktas MAS för utredning och sammanställning av loggkontroller, ska inlämnas till MAS vid årets slut. Inga avvikelser har rapporterats under året.

En av egenregiverksamheterna har tillgång till NPÖ och biträdande enhetschef har granskat loggarna under året, inga avvikelser har rapporterats. Entreprenörverksamheterna har tillgång till uppgifter i läkarjournal och loggkontroller utförs av ansvarig läkarorganisation.

MAS och MAR har genomfört journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i en egenregiverksamhet för att följa upp att kraven på dokumentation av vården säkerställts. MAS i entreprenörverksamheterna har genomfört journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation och stadsdelens MAS har tagit del av resultat och analys.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet hos entreprenörverksamhet visar ett gott resultat. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har ledningssystem med framtagna rutiner som ger förutsättning att ge en god och säker vård. För den verksamhet som under året övergick i egenregi har samverkan skett med verksamhetschef i syfte att kartlägga och ge underlag för verksamheten att planera för utvecklingen av hälso- och sjukvården..

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdens dokumentation har genomförts dock inte av alla verksamheter. Egenkontroll är en

viktig process för en lärande organisation. Vår bedömning är att verksamheternas analys av resultaten är ett fortsatt utvecklingsområde.

Genomförandegrad av riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården för fall, trycksår och undernäring är god och ger förutsättningar att identifiera risker hos patient, men kan ytterligare säkerställas. Registrering av genomförda riskbedömningar i Senior alert bedöms vara ett fortsatt utvecklingsområde.

PPM-mätning visar att en hög andel av besluten för användning av skyddsåtgärder kopplats till en hälsoplan vilket ger bra förutsättningar att följa upp och utvärdera beslut och därmed säkra användningen. Målsättningen ska dock vara att det ska gälla för alla beslut.

PPM-mätning och genomförda riskbedömningar för blåstarmdysfunktion visar att processer och metod för utredningar och individuell utprovning av hjälpmedel vid inkontinens är ett utvecklingsområde.

Inom området munhälsa bedöms finnas behov av kompetensutveckling hos sjuksköterskor för att förbättra munhälsan hos äldre. ROAG (Revised Oral Assessment Guide) är ett riskbedömningsinstrument för att identifiera problem i munhålan, tydliggöra individuellt behov av munvårdsåtgärder, ge stöd för dokumentation, fungera som beslutsunderlag för konsult eller remiss till läkare/tandvård och utvärdera insatta åtgärder.

Resultatredovisning egenkontroll

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Uppföljningar enligt Qusta har genomförts i entreprenörverksamheterna. Båda verksamheterna visar ett gott resultat utifrån de kriterier som efterfrågas i Qusta. Kontinuiteten i hälso- och sjukvårdsgruppen i en av verksamheterna har stabiliserats sedan föregående år vilket har gynnat utvecklingsarbetet. Den andra verksamheten har aktivt arbetat med att främst utveckla teamarbete och infört kommunikationsverktyget SBAR för att säkra informationsöverföring. Kvarstående utvecklingsområden för båda verksamheterna är t.ex. dokumentation och processer vid blåst- och tarmdysfunktion.

Efter verksamhetsövergång till egenregi gjordes kartläggning utifrån Qusta med syfte att ge ett underlag för verksamhetschef att strukturera och planera utvecklingen av hälso- och sjukvården inför 2019. Kartläggningen visade på att verksamhetens möjligheter att implementera nya rutiner och arbetssätt var försvårat då flertalet vakanser fanns inom hälso- och sjukvårdspersonalen och att rekrytering pågick. Processen kring läkemedelshantering har utvecklats och säkerställts. Verksamheten har även startat upp ett kvalitetsråd för avvikelshantering. En verksamhetsuppföljning planeras till våren 2019.

En verksamhet övergick till egenregi i slutet av året varför uppföljning av hälso- och sjukvården inte genomförts. En anledning till detta har varit att man under året förberett för övertagande av verksamheten och i samband med det har processer och rutiner inom hälso- och sjukvården säkerställts i samverkan med entreprenören. En verksamhetsuppföljning kommer att ske under våren 2019.

Då en verksamhet avvecklades under första halvåret 2018 genomfördes ingen uppföljning av hälso- och sjukvården. Den senaste uppföljningen genomfördes i oktober 2017 vilket visade ett gott resultat. Bedömning gjordes att uppföljning under avvecklingsprocessen inte skulle gagna verksamheten.

Dokumentation

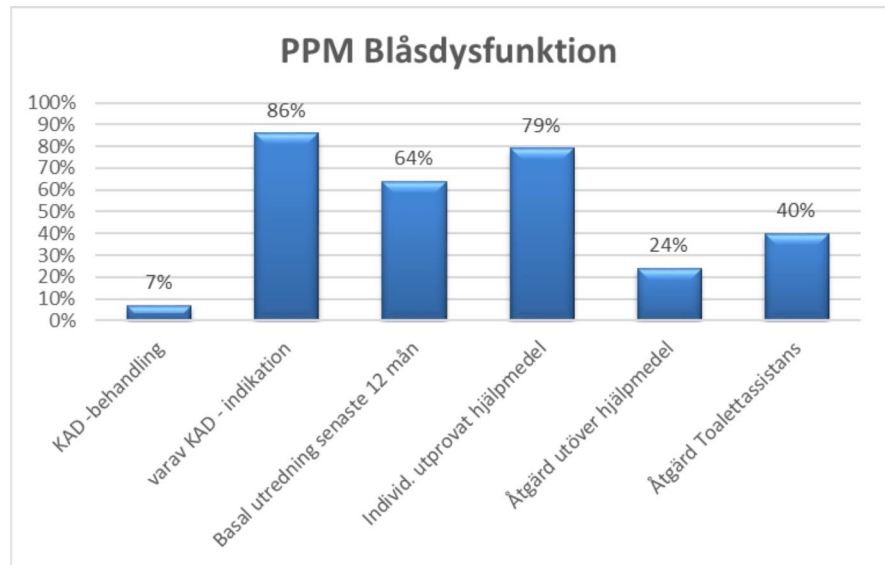
Egenkontroller har inkommit från entreprenörerna vid två tillfällen under året. Utvecklingsområden har identifierats i deras analys och åtgärder har planerats. Egenregiverksamheterna har inte genomfört någon dokumenterad egenkontroll under året.

MAS och MAR har granskat journaler i egenregiverksamheterna och utvecklingsområden har identifierats samt förmedlats till verksamhetschef.

Punktprevalensmätning (PPM)

Blåsdysfunktion

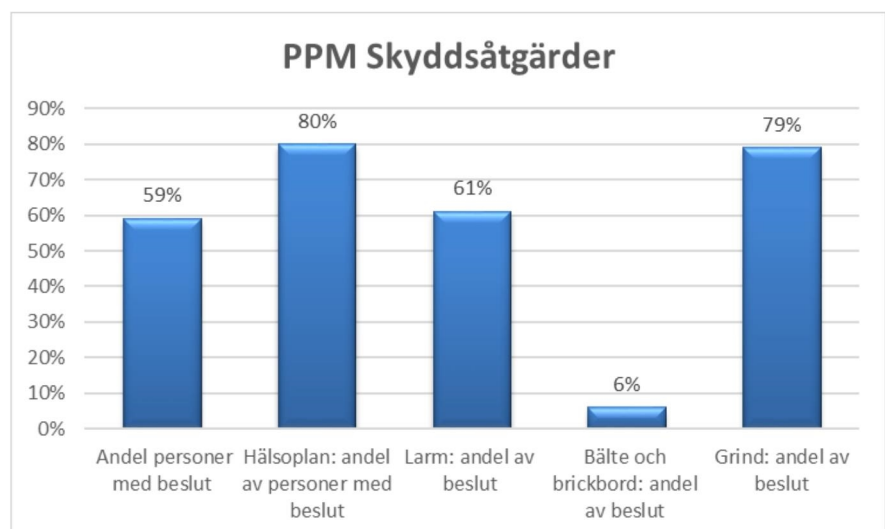
Två gånger under året har verksamheterna genomfört och redovisat punktprevalensmätning avseende socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion.



Resultatet visar en låg användning av kateterbehandling vilket är positivt då användning av kateter ökar risken för urinvägsinfektion. Dokumentation om indikation saknas för 14 % vilket visar att informationen från läkare inte införs i patientens journal. Process och metod för utredningar och individuellt utprovade hjälpmedel bedöms vara ett utvecklingsområde. Andelen sjuksköterskor med formell kompetens i området är idag 24 %. Den reella kompetensen för att få förskriva inkontinensprodukter bedöms av verksamhetschef.

PPM Skyddsåtgärder

Punktprevalensmätning av användning av skyddsåtgärder har gjorts vid två tillfällen under året. Resultatet är en sammanställning av uppgifter från samtliga verksamheter.



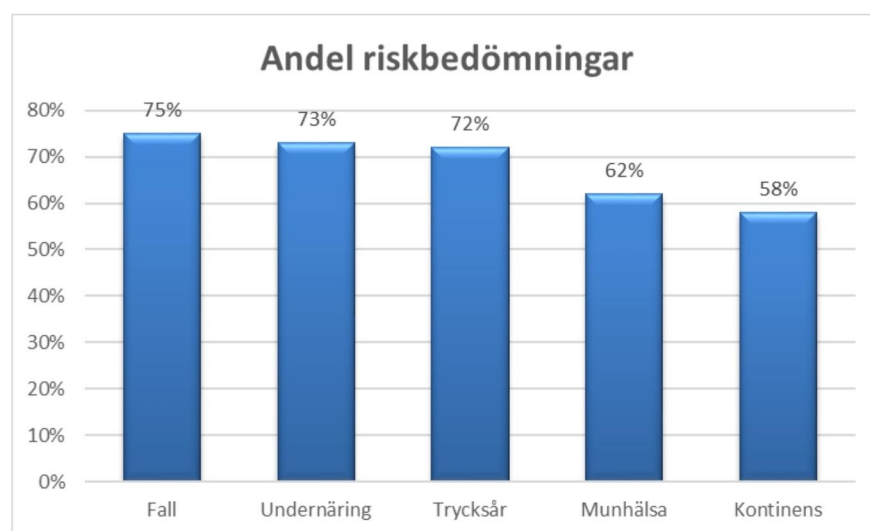
Inhämtade uppgifter om antal beslut visar att 59 % av de boende har beslut om skyddsåtgärd. En hög andel av besluten finns kopplade till en hälsoplan. Målsättningen ska vara att alla beslut finns kopplade till en hälsoplan vilket ger bättre förutsättningar att följa upp och utvärdera beslut och därmed säkra användningen. Användningen av bälten eller brickbord är låg, vilket är positivt, då strävan ska vara att minimera användningen.

Riskbedömningar

Alla som flyttar in på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Riskbedömningar ska följas upp vid förändrat hälsotillstånd eller minst årligen.

Riskbedömningsinstrument som ska användas är:

- Downton Fall Risk Index, för att screena fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus
- Norton, för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) bedömning av munstatus
- Nikola för att screena risk för inkontinens



Dessa bedömningar ska ge grund för bedömning om fortsatt utredning vid indikation på risk. För välgrundade bedömningar krävs samverkan i det multiprofessionella teamet. Genom att identifiera patienter som löper risk inom olika områden kan åtgärder planeras vidtas från alla professioner. Resultatet visar att bedömningar om risk för fall, nutrition och trycksår genomförs i hög grad. Andelen bedömningar av munhälsa och inkontinens är färre vilket kan tyda på att det finns ett behov av kompetenshöjning samt att utveckla rutiner och arbetssätt inom dessa områden. Den

sammantagna andelen riskbedömningar är lägre än föregående års resultat, vilket delvis kan bero på en verksamhetsövergång under slutet av året vilket medfört att nya journaler då upprättats för samtliga patienter, vilket i sin tur kan ge ett missvisande resultat. Ett relevant målvärde för utförda riskbedömningar bör ligga på 90 %, vilket visar att detta är ett område som ytterligare behöver säkerställas.

Senior alert

Samtliga verksamheter är anslutna till registret. En verksamhet har under året arbetat med metoden och uppnått en hög andel registreringar. Att registrera och att använda resultat i Senior alert i verksamhetens patientsäkerhetsarbete är ett fortsatt utvecklingsområde för övriga verksamheter. Andelen riskbedömningar MNA, Norton och Downton Fall Risk Index som registreras i kvalitetsregistret är lägre än de som genomförts och dokumenterats i patientjournaler.

Funktionsbedömning, Sunnås ADL index

ADL genomförs för att bedöma den enskildes förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv. Det ger möjlighet att individanpassa stöd och hjälp i vardagen samt besluta om eventuella specifika åtgärder för att stärka eller kompensera för förmåga. Andelen som under året erbjudits och fått en bedömning ligger mellan 47 – 91 %. Det sammantagna resultatet för hela stadsdelen är 71 %. Den stora spridningen i resultatet kan bero på verksamhetsövergångar och att nya journaler då upprättas för samtliga patienter, vilket i sin tur kan ge ett missvisande resultat.

Infektionsregistrering

Statistik över antibiotikabehandlade infektioner har lämnats in under året. Syftet med infektionsregistrering är att ge en bild av hur det ser ut i verksamheten avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikabehandling. Arbetet för en korrekt antibiotikaanvändning är ett viktigt led i detta arbete.

Det sammanställda resultatet för verksamheterna visar att de två vanligaste VRI var hud- och mjukdelsinfektioner samt urinvägsinfektioner. Under året har förekomsten av de antibiotikabehandlade infektionerna minskat något. En verksamhet har fortfarande en högre förekomst av antibiotikabehandlade sårinfektioner trots att utbildningsinsatser inom sårvård har genomförts. En möjlig orsak kan vara att läkare har större benägenhet att förskriva antibiotika.

Vårdhygienisk standard/basala hygienrutiner

I verksamheterna utförs förbättringsarbete från tidigare hygienronder. I egenregiverksamheterna har man cirkulationstvätt vilket kvalitetssäkrar hanteringen av arbetskläder. Under året har säkerställts att verksamheterna har fungerande spol- och diskdesinfektorer för rengöring och desinfektion av gods och instrument. Alla verksamheter har rutiner för att arbeta utifrån basala hygienrutiner och genomför egenkontroller av följsamheten. Att arbeta med att behålla god följsamhet beskrivs (av verksamheterna) som ett ständigt pågående arbete.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgranskning av extern utförare har utförts på samtliga verksamheter. Synpunkter som framkom har åtgärdats.

MAS har utfört läkemedelsgranskning i egenregi och synpunkter som framkom har åtgärdats samt resulterat i en reviderad lokal rutin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Syftet med en läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, kontrollera att läkemedelslistan är korrekt samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Läkarorganisationerna har ansvar för att tillsammans med sjuksköterskan på boendet genomföra läkemedelsgenomgångar. Enligt uppgifter från läkarorganisationen så har man i stort sett nått målet (95 %).

Vård i livets slut

Samtliga verksamheter registrerar i Svenska palliativa registret. Stadsdelen samlar de palliativa teamen i nätverksträffar och har under året utbildat i munhälsa och kostintag vid vård i livets slut.

Registreringarna i Svenska palliativregistret visar på en liten förbättring när det gäller att ge ångestdämpande läkemedel. Av resultatet framgår dock att verksamheterna fortsatt behöver utveckla användningen av validerade smärtskalor, bedöma munhälsa, och att erbjuda eftersamtal.

Avvikelser

Samtliga verksamheter har ett digitalt system för avvikelser inom hälso- och sjukvården. Entreprenörerna har lämnat in uppgifter om rapporterade avvikelser och egenregiverksamheterna har rapporterat i avvikelsemodul i Vodok 2.0.

Resultatet visar att i huvudsak rapporteras fall och läkemedelsavvikelser, 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.

Klagomål och synpunkter

Under 2018 har ett klagomål, som rör hälso- och sjukvård inkommit till Patientnämnden. I detta fall har Patientnämnden informerat anmälaren om patientnämndens uppdrag och verksamhet samt om alternativa sätt att gå vidare.

Händelser och vårdskador

Under året har en anmälan enligt Lex Maria gjorts till IVO. Händelsen avsåg bristande följsamhet till rutiner vid byte av urinkateter. IVO har beslutat att avsluta ärendet då vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelsen. IVO har även bedömt att vårdgivarens slutsatser var rimliga och adekvata och att man planerat och vidtagit åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.

Efter att en ny föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete infördes har verksamheterna utvecklat sitt arbetssätt med utredning och händelseanalys.

Riskanalys

Under året har riskanalyser begärts in från verksamheterna i samband med verksamhetsövergång och inför sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger. Utifrån inlämnade riskanalyser är en lärdom att kunskapen i att förutsäga risker och upprätta riskanalys kan förbättras. Detta kan göras genom att ge utökad stöd till chefer.

En lärdom är att det är viktigt att göra en fördjupad riskanalys med ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvård, i samband med verksamhetsövergångar eller andra större organisatoriska förändringar, som påverkar patientsäkerheten.

Mål och strategier 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.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. genomföra Qusta som ~~en~~ egenkontroll och 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 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. följa rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser och i egenregi samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig grad,
 - h. följa upp att förutsättningarna finns för följsamhet till basala hygienrutiner,
 - i. följa utveckling av teamarbete, samt
 - j. 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;
 - a. medverka i olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp,
 - b. följa upp hur den palliativa vården utvecklas samt stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar och utbildningsinsatser,

- c. stöd till chefer att utveckla upprättande av riskanalyser i verksamheten,
 - d. stöd till chefer att ta fram material för egenkontroll av rutiner och arbetssätt,
 - e. erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal avseende bland annat samtycke och munhälsa.
4. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.