

---

Landstingets/regionens eller  
kommunens logotyp

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

**2018-02-28**

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll .....	8
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>10</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador .....	13
Informationssäkerhet.....	13
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll .....	13
Avvikelser .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Klagomål och synpunkter .....	14
Händelser och vårdskador .....	19
Riskanalys .....	19
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>20</b>

---

## Sammanfattning

Verksamheten har under 2018 haft som mål att bland annat utveckla avvikelshanteringen och utveckla rutiner för synpunkter och klagomål. Dessutom har man haft som mål att arbeta med dokumentation och riskbedömningar och hälsoplaner. Därutöver har man haft ambitionen att arbeta med hygienrutiner, läkemedelshantering samt ett förebyggande arbete för t ex fallskador, trycksår, undernäring, smärta, ångest och oro. Ovanstående har varit viktiga mål mot en god och säker vård. Det är dock svårt att redovisa resultat på ett optimalt sätt då det varit chefsbyten under 2018. Verksamheten har dock tagit fram enhetliga rutiner när det gäller läkemedelshantering, synpunkter och klagomål. En stor del av arbetet har varit att utforma bättre rutiner när det gäller målen för 2018. Det har funnits en god vilja och ambition om att utveckla verksamheten.

Verksamheten har under 2018 haft besök av stadens hygiensjuksköterska. Hygiensjuksköterska har lämnat en bedömning av hygienarbetet, vilket har visat att verksamheten behöver förbättra sina hygienrutiner. En del av detta arbete har påbörjats och kommer att fortsätta under 2019. När det gäller det förebyggande arbetet har team möten inrättats för att diskutera boendes hälsotillstånd. På dessa team möten tar man även upp avvikelser och fallrapporter för att kunna arbeta förebyggande och dra lärdomar. Det är svårt att skriva hur man arbetade med detta mål under 2018, men detta arbetssätt har införts under 2019. Dessutom finns det möjlighet att diskutera avvikelser och fallrapporter på kvalitetsråden som hålls en gång per månad. Verksamheten har även försökt att arbeta med riskbedömning och hälsoplaner men det finns fortfarande en del arbete att göra på området. Det gäller främst själva riskbedömningar. Här finns behov av att arbeta mera tvärprofessionellt för att man ska kunna dra nytta av teamets kompetens. Detta är något som verksamheten kommer att arbeta med under 2019. Det finns planer på att man ska utbilda medarbetarna i detta med att bedöma risker. Detta arbete är kopplat även till det förebyggande arbetet. Verksamheten vill satsa på att öka kompetensen bland omvårdnadspersonalen när det gäller att upptäcka risker.

### Mål för 2019

Verksamheten har identifierat ett antal utvecklingsområden som verksamheten kommer att arbeta med under kommande år. Dessa mål gäller avvikelser, samverkan, arbetssätt och kompetens. Dessa områden beskrivs mer ingående under ”mål och strategier för kommande år”.

---

# STRUKTUR

## Struktur för uppföljning/utvärdering

### Övergripande mål och strategier

Verksamheten arbetar utifrån stadens struktur för ledningssystem för att utveckla och säkra samtliga krav, mål, organisation, rutiner, metoder enligt gällande författningar. De mål som föregående enhetschef identifierat för 2018 är följande för Skolörtens vård- och omsorgsboende och Skolörtens servicehus:

- Fortsätta att utveckla avvikelshanteringen i alla led i syfte att leverera en god och säker vård.
- Förbättra och utveckla rutiner för synpunkter och klagomål.
- Förbättra dokumentation med riskbedömning och hälsoplaner med åtgärder och uppföljning.
- En god och säker vård av god hygienisk standard.
- Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, undernäring, trycksår, smärta, ångest och oro.
- Förbättra rutiner kring läkemedelshantering för hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Vård- och omsorgsboendet har haft som mål att fortsätta arbeta för ett gemensamt arbetssätt när det gäller mat och matsituationer.

## Organisation och ansvar

### Nämndens ansvar

Nämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Nämnden ansvarar för att verksamheten har ett ledningssystem. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

### Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 1982: 763, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- 
- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
  - ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
  - ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
  - svarar för att rutiner implementeras och följs .
  - ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Verksamhetschefen svarar för att MAS/MAR ges förutsättningar, möjligheter och tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

Bestämmelserna om vad MAS ansvarar för har i och med den nya HSL flyttats till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS för att

- patienten får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskriven i patientdatalagen (2008:355).
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter för är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerade rutiner för
  - läkemedelshantering
  - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
  - att kontakta läkare eller annan hälso- och hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

- 
- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
  - följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
  - utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
  - rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef
  - utföra egenkontroll

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet.

### **Omvårdnadspersonal**

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Det finns en samverkan med landsting och kommunen när boenden flyttar. Denna samverkan sker genom överrapportering, muntligt och skriftligt i syfte att säkerställa kontinuitet och för att undvika vårdskador.

Rapportering mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt samt kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser med aktuella instruktioner och ordinationer. Boendet har också samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång. På boendet har ansvarig läkare tillsammans med ansvarig sjuksköterska haft möjlighet att kontrollera patientens hälsotillstånd. Ansvarig läkare träffar ansvarig sjuksköterska en gång per vecka och det finns även möjlighet att ringa om behov uppstår. Dessutom finns det samverkan med hygiensjuksköterskan i staden, folktandvården, Flexident, Oral Care och fotvården.

Under 2018 har verksamheten också haft ett samarbete med dietisterna i Västerort. Fokus för samarbetet är att förebygga undernäring och verka för så bra livskvalitet som möjligt. Dietisterna har samarbetet med både hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Den boende får en namngiven kontaktman och en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid inflytt. För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Inom 14 dagar har verksamheten ett planerat ankomstsamtal tillsammans med den boende och dennes anhöriga/närstående om den boende så önskar. För att stärka

---

---

möjligheterna för att vara delaktig i planeringen av insatser och kunna påverka hur de utförs. Samtalet ger möjlighet till att den boende kan känna trygghet i att få en god omvårdnad och en säker hälso- och sjukvård. Verksamheten informerar även om möjligheten att boende och/närstående kan lämna synpunkter/klagomål, både muntligt och skriftligt. Verksamheten kontaktar direkt anhöriga via telefon/mail när verksamheten ser att det finns en påtalad risk för vårdskada. Enhetschef och biträdande enhetschef har närståendemöten 2 gånger per år.

Ansvarig sjuksköterska har kontakt med boende och anhöriga/närstående/god man för att diskutera hur vården ska utföras och säkerställas. När det gäller akuta situationer sker kontakten direkt. Den kontakten sker oftast via telefon. Därutöver finns det alltid möjlighet att komma i kontakt med ansvarig sjuksköterska eller annan sjukvårdspersonal.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

För att kunna bedriva en god och säker vård är det viktigt att verksamheten arbetar med avvikelser. Detta för att man ska kunna utveckla vården och omsorgen samt arbeta förebyggande. Därför uppmuntras medarbetarna att rapportera avvikelser och händelser.

Verksamheten satsar aktivt på att alla medarbetare ska ha kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känna till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen. Medarbetarna har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapporterar händelser direkt till legitimerad personal och ansvarig enhetschef/biträdande enhetschef. Sjuksköterskan informerar boende/närstående. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras även avdelningschef. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt kontakt med MAS/MAR beroende på vilken typ av avvikelse det handlar om.

Uppkomna avvikelser dokumenteras i Vodok avvikelsemodul.

Avvikelserna tas upp på team möten med hälso- och sjukvårdspersonal och med omvårdnadspersonalen en gång per vecka. Ansvarig sjuksköterska/rehab följer upp vad som har orsakat händelsen och säkerställer att rutiner följs för att det inte skall hända igen. Verksamheten följer naturligtvis upp avvikelser och åtgärdar dem. Enheten har kvalitetsråd 1 gång/månad. Medverkande på kvalitetsråd är enhetschef och HSL samordnare. Det finns naturligtvis planer på att även annan hälso- och sjukvårdspersonal ska delta. MAS och MAR är även delaktiga ibland. På kvalitetsrådet går verksamheten igenom och för statistik på samtliga avvikelser under föregående månad. Verksamheten analyserar olika samband som kan finnas för att se om

---

det t ex finns skäl att justera någon rutin. På kvalitetsrådet diskuteras också rutiner, synpunkter och klagomål samt övriga utvecklingsområden relaterat till de inkomna avvikelserna. Minnesanteckningar/protokoll som förs förmedlas till övriga medarbetare på arbetsplatsträffar.

### **Klagomål och synpunkter**

Verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Sjuksköterskorna/enhetschef/biträdande enhetschef informerar vid ankomstsamtal och lämnar blankett till närstående/anhöriga gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst samma dag. Verksamheten har brevlådor för synpunkter/klagomål vid hissar. Övrigt informationsmaterial finns i ett ställ på bottenvåningen.

### **Egenkontroll**

Verksamheten arbetar med egenkontroll. Det är viktigt att egenkontroll görs enligt riktlinjer och lokala rutiner för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Dessa egenkontroller är ett led i kvalitetsarbetet.

Resultat av egenkontroller följs upp på kvalitetsråd och arbetsplatsträffar.

*Klagomål och synpunkter* - verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Det har dock visat sig att verksamheten behöver arbeta vidare med skriftliga klagomål och synpunkter. Den kontroll som gjorts visar att medarbetarna är duktiga på att ta emot synpunkter men det finns tillfällen då detta inte skrivs ner. Det är något som verksamheten kommer att arbeta aktivt med under 2019. Dock följs avvikelserna upp och åtgärdas.

*Journalgranskning* - journalgranskning som görs enligt fastställd mall har visat brister i kunskapen av var dokumentationen ska skrivas i systemet. Det visade också på brister i uppföljningar. Verksamheten har planerat för att hälso- och sjukvårdspersonal ska få utbildning i dokumentationen.

*Avvikelsehantering* - rutinerna för avvikelsehantering och återkopplingen till medarbetarna har uppdaterats. Avvikelser gällande en specifik personal tar ansvarig enhetschef/biträdande upp snarast möjligt med berörd personal. Varje arbetsgrupp har team möte där avvikelser kring enskilda boende tas upp, t ex fall och trycksår. Verksamheten utreder var, hur och när händelsen inträffat, därefter tas beslut om åtgärder som sedan följs upp av kontaktpersonen och omvårdnadsansvarig legitimerad personal. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok och ska göra riskbedömningar för att förebygga



---

avvikelser. Arbetet när det gäller avvikelser kan dock förbättras ytterligare genom att fler skriftliga avvikelser skrivs och att analys av avvikelserna görs. Detta är något som verksamheten kommer att arbeta med under 2019.

*Signeringslistor* - varje månad kontrollerar sjuksköterska att signeringslistorna är korrekt ifyllda. Om brister upptäcks informeras enhetschef, biträdande enhetschef och en avvikelse upprättas. Denna avvikelse tas upp på team möten och kvalitetsråd samt återkoppling sker till medarbetarna. Detsamma gäller rehabpersonal som kontrollerar sina signeringslistor för det som de har ordinerat.

*Vårdrelaterade infektioner* - verksamheten ska arbeta med att utföra riskbedömningar och rapportera kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Dessa riskbedömningar är ett viktigt led i arbetet för att säkerställa en god och säker vård. Egenkontroller visar att verksamheten inte gör detta fullt ut.

*Riskbedömningar* - genomgång av sammanlagt 39 påbörjade journaler/Vodok under året 2018 på Skolörtens Servicehus och Vård- och omsorgsboende visar följande statistik gällande utförda riskbedömningar inom 14 dagar efter inflytt, som det står i stadens riktlinjer för Särskilda boendeformer (SÄBO).

- I 25 journaler fanns uppgifter om att riskbedömningar var gjorda enligt riktlinje (inom 14 dagar efter inflytt).
- I fem fall var riskbedömningar gjorda, men inte i tid.
- I fem journaler fanns få uppgifter varför dessa inte hade gjorts. Det framkom att ett antal patienter anlidade en annan hälso- och sjukvårdspersonal, (de var listade hos en annan läkare på Vårdcentral).
- Fyra patienter vistades för kort tid på Skolörtens servicehus eller Vård- och omsorgsboende för att riskbedömningar skulle ha kunnat genomföras.

Munhälsobedömning, Roag (Revised oral assessment guide), hade erbjudits och genomförts på 15 patienter på Vård- och omsorgsboendet, och på 17 patienter på Servicehuset.

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens: På Skolörtens Vård- och omsorgsboendet genomfördes denna riskbedömning på åtta patienter och på en patient på Servicehuset.

---

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **Risikanalyser**

För att öka patientsäkerheten sker ett systematiskt förbättringsarbete i verksamheten. Detta är något som verksamheten kommer att fortsätta med under 2019. Verksamheten har också arbetat/satsat på nedanstående:

- För att säkerställa en god kvalitet har avvikelser upprättats och återkoppling har skett till berörda
- Egenkontroll har genomförts som beskrivits ovan
- Hälso- och sjukvårdspersonal har fått utbildning i Vodok-dokumentation
- Omvårdnadspersonal har gått utbildning i förflyttningsteknik.
- Rehabpersonal har gått utbildning i lymfmassage
- Medarbetarna har gått DigIT utbildning ”Att leda alla kan surfa”
- Omvårdnadspersonal har gått utbildning i munhälsobedömning via Flexident. Detta sker 2 gånger per år.
- Hälso- och sjukvårdspersonal har gått utbildning i förskrivningsprocessen
- Rehabpersonal har gått utbildning i Sodexo sitt teknik
- Omvårdnadspersonal har gått demens utbildning (ABC)
- Omvårdnadspersonal har gått webb utbildning i basala hygienrutiner
- En del av omvårdnadspersonalen har gått utbildning i palliativ vård
- Omvårdnadspersonal har gått undersköterska utbildning
- Omvårdnadspersonal har gått utbildning i hot & våld i nära relationer bland äldre
- Omvårdnadspersonal har gått utbildning i anhörigstöd från SDF
- Omvårdnadspersonal har fått utbildning i läkemedelshantering
- Nyanställd omvårdnadspersonal har fått utbildning i nutrition av dietist
- Omvårdnadspersonal har fått utbildningar kring Bra mat för äldre, mellanmål, näringsdrycker och berikning, av dietist
- 5 omvårdnadspersonal har fått möjlighet att utbilda sig till Sylvia syster. De blir klara maj 2019

### **Riskbedömningar**

Nedanstående bedömningar ska erbjudas inom 14 dagar vid inflytt. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas.

Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska bedömningarna erbjudas snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munhälsobedömning

- 
- Bedömning av ADL
  - Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Verksamheten genomför även riskbedömningar i samband med nedanstående situationer:

- vid risk för hot och våld
- vid komplicerade patientärenden
- vid förändringar i verksamheten
- Inför sommarplaneringen
- Vid personalbrist

Riskbedömningar tas upp på team möten en gång per vecka och vid kvalitetsrådet en gång per månad. Dessutom tas det upp på arbetsplatsträffar och veckomöten för att all personal ska få möjlighet av att ta del av detta.

### ***Nutrition/Undernäring***

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutritionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutritionsbedömning används riskbedömning MNA, Mini Nutritional Assesment.

### ***Trycksår***

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning Modifierad Nortonskala ska användas.

### ***Munhälsobedömning ROAG***

ROAG står för "Revised Oral Assesment Guide". ROAG är ett bedömningsverktyg som tillämpas i arbetet med munhälsovård för äldre. Det är ett riskbedömningsverktyg för sjukvårdspersonalen för att i förebyggande syfte kunna göra bedömning av den orala hälsan hos patienten och erbjuds alla patienter vid inflytt.

### ***Fall***

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex.

### ***Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens***

Som del i det hälsofrämjande arbetssättet ska riskbedömning inkontinens göras med bedömningsinstrumentet riskbedömning

---

---

blåsdysfunktion NIKOLA. Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning gjord, som är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet. Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

### **Svenska Palliativ registret**

Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Palliativ vård ska tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

### **Nationell Patient Översikt (NPÖ)**

Verksamheter i egen regi/Hässelby - Vällingby har åtkomst till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Syftet med NPÖ är att få en samlad information för att kunna ge patienten en god och säker vård. I NPÖ finns patientens vårdhistorik och vårdbehov från andra vårdgivare. Endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av patientinformationen i den sammanhållna journalföringen som har betydelse för vården av patienten i syfte att kunna förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Med sammanhållna journalföring menas ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare som slutenvård och primärvård. För att få ta del av NPÖ krävs patientens samtycke och att man har en patientrelation samt att det har betydelse för vården av patienten. Mål för 2019 är att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare.

### **Medicintekniska produkter/hjälpmedel**

Verksamheten har rutin för medicintekniska produkter. Rehabpersonal gör en funktionskontroll av medicintekniska produkter, registrerar och kontrollerar kondition av produkterna och gör en bedömning av behov av underhåll, investering och utbildningsinsatser. Detta görs årligen. Det sker också en regelbunden funktionsbedömning av vårdängar och lyftar.

Dessutom är omvårdnadspersonal uppmärksam om medicintekniska produkter behöver åtgärdas/bytas. De meddelar rehabpersonal.

---

### **Utredning av händelser – vårdskador**

Verksamheten har utrett de händelser som uppkommit och åtgärdat dem. Det gäller främst läkemedel och läkemedelshantering, vilket verksamheten kommer att arbeta vidare med. Det finns ett tydligt samband mellan informationsöverföringen, kommunikationen och dokumentationen när det gäller dessa händelser.

Det har varit en Lex Maria anmälan som handlat om brister i läkemedelshantering. Verksamheten har med anledning av detta erbjudit omvårdnadspersonalen utbildning i detta.

### **Informationssäkerhet**

Loggkontroller har utförts under året. Stockholmsstad har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

### **Egenkontroll**

Verksamheten har bytt chefer under året. Det har gjorts att vissa resultat inte har registrerats eller kunnat redovisas. Detta är något som verksamheten kommer att arbeta med under 2019.

### **Resultat**

#### **Avvikelser Skolörtens vård- och omsorgsboende 2018 (i parentes antal avvikelser 2017)**

Sammanlagt 55 registrerade avvikelser i Vodoks avvikelsemodul.

Var av;

Läkemedelsavvikelser 6 (4)

Specifik omvårdnad 3 (0)

Brister i vårdkedjan 0 (1)

Trycksår 0 (0)

Fall 46 (55)

Den mest förekommande läkemedelsavvikelse (fem av sex) under året 2018 var att det saknades läkemedel i läkemedelskåp hos patient.

Inga dokumenterade avvikelser för Trycksår i Vodok 2018 och 2017.

Målet för 2019 är att sjuksköterskor ska föra in nya trycksår (grad 2-4) i avvikelsemodulen/Vodok, samt skriva hälsoplan för dessa.

---

Brister i vårdkedjan skickas/vidarebefordras till den vårdgivare den gäller av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

**Avvikelser Skolörtens servicehus 2018 (i parentes antal avvikelser 2017)** Sammanlagt 175 registrerade avvikelser i Vodoks avvikelsemodul.

Var av;

Läkemedelsavvikelser 31 (35)

Specifik omvårdnad 14 (2)

Brister i vårdkedjan 1 (0)

Trycksår 0 (1)

Fall 129 (190)

Brister i vårdkedjan skickas/vidarebefordras till den vårdgivare den gäller av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Under året hände en allvarlig läkemedelsavvikelse, som ledde till att medicinskt ansvarig sjuksköterska gjorde en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen Vård och omsorg (IVO).

Verksamheten behöver arbeta för att de riskförebyggande åtgärderna är förankrade hos all personal och följa upp dessa t.ex. med egenkontroll.

### Senior Alert

När det gäller servicehuset hade sjuksköterskorna som mål för 2018 att registrera alla patienter, som tackade ja, i Senior Alert, vilket inte nåddes. Därför intensifierar verksamheten i år 2019 arbetet med att registrera alla patienter i Senior Alert.



Vård- och omsorgsboendet har inte börjat registrera i Senior Alert.

### Avvikelser – fall 2018

Resultatet är en sammanställning av de fallincidenter som hälso- och sjukvårdspersonal registrerat i avvikelsemodulen under 2018.

Fortfarande registreras inte alla avvikelser i modulen men sammanställningen kan ändå ge en viss bild av hur en verksamhet fungerar. Man bör vara extra uppmärksam på de verksamheter som har få registrerade avvikelser eftersom antalet avvikelser tenderar att vara högre i de verksamheter där man arbetar med avvikelser.

Också antalet utförda Downton fallriskbedömningar har sammanställts. Downton fallriskbedömning är en av fyra riskbedömningar som görs vid inflyttning och därefter minst en gång per år och vid förändrat hälsotillstånd. Downton ingår även i kvalitetsregistret Senior Alert.

Resultatet nedan är hämtat ur Vodok och inte från Senior Alert och är således inget mått på följsamheten till Senior Alert.

**Downton** anges i antal utförda fallriskbedömningar.

1-2 poäng = låg risk. 3-4 poäng = hög risk, 5 poäng eller mer = mycket hög risk.

Downton uppdateras en gång per år, vid förändrat hälsotillstånd och efter en fallincident. Antal bedömningar bör minst jämföras med antal öppna journaler under året.

**Fallavvikelser:** Antal avvikelser registrerade i modulen. De undre siffrorna visar fördelningen av avvikelser före respektive efter ändringen av modulen.

**Fall enligt journal:** Antalet anteckningar som registrerats under rubriken ”Fall” i Vodok.

**Rapporteringsgrad:** Antalet anteckningar ”Fall”/antalet registrerade avvikelser

**Antal fall som lett till fraktur:** Alla typer av frakturer i antal samt i % i förhållande till antal anteckningar om fall.

**Antal fall som lett till sårskada:** Alla större sårskador som kräver åtgärd, dvs inga skrubbsår eller småsår samt i % i förhållande till antal anteckningar om fall.

### Skolörtens servicehus

SKOLÖRTENS SH 2015-2017	Riddersvik 108 journaler			Sandvik 41 journaler			TOTAL
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2017
Totalt 149 journaler	Downton: 55 låg risk< 3: 2 hög risk 3+: 19 mycket hög 5+: 34			Downton: 14 låg risk< 3: 2 hög risk 3+: 3 mycket hög 5+: 9			Downton 46 %
Fallavvikelser	119	139	102 58+44	98	101	88 78+10	190
Fall enl. journal		183	158		122	63	221
Rapporteringsgrad		76%	65%		82%	146%	
Varav: Fall som lett till fraktur	1	3	0	4	1	1	1 (0,5%)
Fall som lett till sårskada	10	0	5	4	3	4	9 (4%)

SKOLÖRTENS SH 2018	Downton: 53%
Totalt 133 journaler	Downton: 51 låg risk< 3: 3 hög risk 3+: 16 mycket hög 5+: 51
Fallavvikelser	129
Fall enl. journal	157
Rapporteringsgrad	82%
Varav: Fall som lett till fraktur	Ingen uppgift
Fall som lett till sårskada	Ingen uppgift

När det gäller antal fallavvikelser för Skolörtens servicehus har det skett en minskning. Under 2018 har det skett 129 fallavvikelser jämfört med föregående år där det var 190 fallavvikelser. Det är svårt att exakt peka på en orsak till detta men en viktig orsak till att det är färre fallavvikelser kan bero på att verksamheten är snabb på att följa upp fallen och sätta in eventuella åtgärder.

### Skolörtens vård- och omsorgsboende

SKOLÖRTEN GB 170101—171231  Totalt 53 journaler	Gb 1			Gb 2 29 journaler			Gb 3 26 journaler			TOTAL		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2018
	64	12	6 6+0	20	43	23 18+5	26	18	25	32 17+15	20	46
Fallavvikelser												
Fall enl. journal Rapporteringsgrad		22 54%	4 150%		50 86%	52 44%	39 67%		35 71%	48 67%	24 84%	63 73%
Varav: Fall som lett till fraktur Fall som lett till särskada	1 0	0 0	0 0	0 0	1 3	2 1	- -	1 0	0 0	0 2	- -	Ingen uppgift Ingen uppgift

När det gäller antal fallavvikelser för Skolörtens vård- och omsorgsboende har det skett en minskning på den ena avdelningen. Under 2018 har det skett 20 fallavvikelser jämfört med föregående år där det var 32 fallavvikelser. Det är svårt att exakt peka på en orsak till detta men en viktig orsak till att det är färre fallavvikelser kan bero på att verksamheten är snabb på att följa upp fallen och sätta in eventuella åtgärder. Det har dock varit en ökning för den andra avdelningen där det skett 26 fallavvikelser jämfört med föregående år där det var 23 fallavvikelser. En orsak till detta kan vara att trots insatta åtgärder så har det varit en stor fallrisk på grund av balanssvårigheter. Detta gäller främst en boende där hälsotillståndet varit mycket dåligt.

### Palliativt register

Verksamheten registrerar i Palliativt register, men för att uppnå en god smärtlindring behöver smärtskattning göras kontinuerligt och på ett strukturerat sätt. Det idag vanligaste smärtskattningsinstrumentet är VAS/NRS, som kräver aktiv medverkan av personen med smärta och kan inte användas vid kognitivt nedsatt förmåga. Abbey Pain Scale är ett validerat instrument, som har tagits fram för att bedöma smärta hos patient med demens i sent palliativt skede. Mål för 2019 är att under den sista levnadsveckan utförs fler smärtskattningar med smärtskattningsinstrument och vid munhälsobedömningar används bedömningsverktyget ROAG.

### Kvalitetsindikatorer

Uppgifter saknas för hela året 2018 när det gäller servicehuset och vård- och omsorgsboendet. Därför finns inte någon sammanställning av kvalitetsindikatorer, men verksamheten har i år påbörjat registrering av kvalitetsindikatorer.

### Infektionsregistrering

Uppgifter saknas för hela året 2018 när det gäller servicehuset och vård- och omsorgsboendet. Därför saknas sammanställning av infektionsregistrering, men i år har verksamheten återigen påbörjat registrera.



---

## Basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll när det gäller hygienrutiner har genomförts under året. Den visar på att verksamheten är duktig på att arbeta med basala hygienrutiner men det finns vissa utvecklingsområden.

## Sammanfattning dietiståret 2018

Under 2018 har dietisterna i Västerort utöver patientarbetet även arbetat förebyggande. Fokus för aktiviteterna är att förebygga undernäring och verka för så bra livskvalitet som möjligt. Två stora aktiviteter som genomförts är måltidsobservationer på majoriteten boenden samt registrering av nattfasta/dygnsfasta. I samråd med dietisterna i Stockholm stad föreslås att nattfasta/dygnsfasta fortsättningsvis ska mätas vid två tillfällen under året på samtliga enheter

En annan övergripande aktivitet är uppdatering av nutritionsrutiner i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Koststrategerna på äldreförvaltningen tillträdde under året och har en samordnande funktion för dietisterna i staden. Målsättning är att verka för lika arbetssätt över staden

## Antal besök 2018 – kost och nutrition

	Nybesök	Återbesök	Procent Nybesök	2018 Totalt	2017 Totalt
<b>Mälarbacken</b>	89	263	25%	352	183
<b>Sörklippan</b>	10	21	32%	31	2
<b>Brommagården</b>	2	11	15%	13	17
<b>Kista Servicehus</b>	12	89	12%	101	88
<b>Rinkeby Vob</b>	4	3	57%	7	28
<b>Kista Vob</b>	3	12	20%	15	0
<b>Akalla Vob</b>		5	0%	5	4
<b>Skolörten Servicehus</b>	28	127	18%	155	137
<b>Skolörtens gruppboende</b>	18	30	38%	48	17
<b>Koppargården</b>	53	154	26%	207	174
<b>Ekeby/Paradsängen</b>	0	0	0%	0	5
<b>Fristad Servicehus</b>	0	0	0%	0	0
<b>SUMMA:</b>	<b>219</b>	<b>715</b>	<b>23%</b>	<b>934</b>	<b>655</b>

Tabell 2: Patientstatistik per boende 2018

---

Under året har det varit 28 nybesök på Skolörtens servicehus och 18 nybesök på Skolörtens vård- och omsorgsboende (här kallad gruppboende). När det gäller återbesöken har det skett en ökning med 18 % jämfört med föregående år. Detsamma gäller Skolörtens vård- och omsorgsboende, där det skett en ökning med 48 %. Verksamheten avser att arbeta aktivt för förebygga undernäring och verka för så bra livskvalitet som möjligt. Det pågår ett nära samarbete mellan dietist och hälso- och sjukvårdspersonal. Det ska också finnas möjlighet för dietist att träffa omvårdnadspersonal om det finns ett behov.

- Under våren och hösten genomfördes måltidsobservationer av dietisterna på Skolörtens vård- och omsorgsboende. Personalen som arbetat fick direkt muntlig feedback, en skriftlig rapport lämnades så all personal fick ta del av iakttagelser och feedback. Resultatet presenterades på arbetsplatsträffar eller planeringsdagar.
- Nattfastan har registrerats under två tillfällen detta år, maj och november. Till novembers registrering användes en annan blankett som en grupp kommundietister har tagit fram för att lättare kunna jämföra hur nattfastan ser ut runt om i landet. Det är den erbjudna nattfastan som har registrerats vilket innebär att patienten kan ha tackat nej eller sovit men ändå räknats med.

Nattfasta	180601	181130	
Koppargården	12:03	Sammanställning pågår	
Skolörten	10:15	-''-	

*Tabell 5: Jämförelse medelvärde nattfasta/dygnsfastemätning Hässelby/Vällingby*

### **Klagomål och synpunkter**

När det gäller för år 2018 har antalet klagomål- och synpunkter varit tre stycken. En orsak till detta kan vara att verksamheten inte skickat in samtliga klagomål- och synpunkter till avdelningen för registrering. En annan orsak kan vara att verksamheten har tagit emot klagomål- och synpunkter muntligt.

Verksamheten har tagit upp rutinen för klagomål- och synpunkter med medarbetarna men eftersom det är endast 3 stycken avvikelser behöver verksamheten arbeta vidare med detta. Det gäller dock främst skriftliga klagomål- och avvikelser. Det är betydelsefullt att poängtera att klagomål- och synpunkter tas emot och uppfattningen är att medarbetarna hanterar dem.

---

Klagomålet diskuteras alltid i den personalgrupp där det uppkommit och behandlas på veckomöten samt på arbetsplatsträffar.

Alla klagomål eller synpunkter inkommande från boende, anhöriga, personal, vårdgivare myndigheter el. dyl. som har medfört vårdskada eller risk för vårdskada, skrivs som en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens avvikelsesystem. De rapporteras omgående till MAS.

Enhetschef/biträdande enhetschef ansvarar för att fastställd blankett alltid fylls i och åtgärdas skyndsamt. Efter handläggning sänds blanketten i original till respektive avdelning. Finns det ett skriftligt underlag (brev, e-post) ska även detta i original bifogas blanketten. Undantag från detta är om det finns en personakt (gäller avdelningarna för socialtjänst och äldreomsorg). Handlingen ska då utan dröjsmål sorteras in i personakten och enbart blanketten sänds till avdelningen.

Sjuksköterskorna/enhetschef/biträdande enhetschef informerar även vid ankomstsamtal och lämnar blankett till närstående gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst inom samma dag. Årlig redovisning av synpunkter och klagomål följs upp av stadsdelen.

### **Händelser och vårdskador**

Verksamheten har bytt chefer under året och det gör det svårt att redovisa och känna till samtliga verksamheter men det som har varit mest aktuellt är det som gäller läkemedel och läkemedelshantering.

När det gäller händelser och vårdsskador är det kopplat till läkemedel och läkemedelshantering. Antalet avvikelser när det gäller läkemedel och läkemedelshantering hade ökat med 2 stycken under 2018, jämfört med föregående år. Verksamheten har uppmärksammat detta och kommer under 2019 arbeta aktivt med att skapa förutsättningar för snabbare upptäckt av avvikelser. Dessutom kommer verksamheten att arbeta med att få omvårdnadspersonal att lättare upptäcka och rapportera händelser kring läkemedel och läkemedelshantering. Verksamheten har tagit fram en rutin för skriftlig rapportering av händelser.

Under året har det varit en Lex Maria som har handlat om läkemedelshantering. Verksamheten har försökt att utreda orsaken och har vidtagit åtgärder genom att utbilda omvårdnadspersonalen.

### **Risikanalys**

Det är svårt att ha en strukturerad sammanställning och analys av resultatet då verksamheten har bytt chefer under året. Det har av den anledningen varit svårt att göra en analys av all data, men verksamheten har kunnat få fram följande:

- 
- Det har inte skett en analys av samtliga avvikelser. Dock har samtliga avvikelser tagits emot och åtgärdats.
  - Verksamheten har inte haft ett optimalt forum för sjukvårdspersonal för att diskutera fallrapporter och avvikelser. Det har dock tagits hand om men strukturen kring arbetet har saknats. Detta är något som verksamheten påbörjat ett arbete kring under 2019.
  - Hälso- och sjukvårdspersonal har inte haft ett tydligt arbetssätt kring registrering av kvalitetsindikatorer, infektionsregistrering, Senior Alert mm. Verksamheten har därför arbetat fram en struktur kring detta för att kunna underlätta registreringen och för att verksamheten snabbare/enklare ska kunna följa upp arbetet kring det.
  - Kvalitetsrådet har inte fungerat optimalt då det antingen uteblivit eller så har alla berörda inte kunnat delta.
  - Verksamheten har inte arbetat tvärprofessionellt fullt ut, utan det har skett ett samarbete men inte i den bemärkelsen som är önskvärt.
  - Egenkontroll har inte skett i den omfattning som verksamheten ska göra. Det har gjorts en del egenkontroller men inte inom samtliga berörda områden.
  - Överrapportering mellan omvårdnadspersonal och sjukvårdspersonal har inte fungerat fullt ut. Det har varit svårt att nå ut till all personal och risk för att information missats har funnits. Detta är något som verksamheten har påbörjat ett arbete kring under 2019.
  - Hälso- och sjukvårdspersonal har inte haft möjlighet att ha ett nära samarbete med omvårdnadspersonal. Detta är något som verksamheten skapat rutin för, i början av 2019.

### **Mål och strategier för kommande år**

Verksamheten har identifierat ett antal utvecklingsområden som man kommer att arbeta med under kommande år.

### **Avvikelser**

- En organiserad sammanställning och analys av avvikelser ska göras varje månad. Dessa avvikelser tas upp på team möten och veckomöten varje vecka. Dessutom tas dem upp på kvalitetsråd en gång per månad.

### **Samverkan**

- Internt behöver samverkan förbättras mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal. Verksamheten kommer att satsa på att organisera team träffar mellan sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal. Detta för att säkerställa en god och säker vård.

---

### **Arbetsätt**

- Hälsa- och sjukvårdspersonal ska dokumentera i större utsträckning. Dokumentation ska ske enligt anvisningar.
- Hälsa- och sjukvårdspersonal ska återkoppla/rapportera till omvårdnadspersonal skriftligt.
- Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeuter, HSL samordnare och enhetschef ska arbeta tvärprofessionellt.
- Hälsa- och sjukvårdspersonal ska, i större utsträckning, ordinera boende med undernäring till dietist. Ett nära samarbete behövs.
- Analyser av avvikelser och fall ska ske varje vecka på team möten där samtliga professioner är närvarande.
- Implementering av rutiner ska göras för att säkerställa en god och säker vård.
- Ansvarig sjuksköterska arbetar strukturerat för att säkerställa en god och säker vård.
- God framförhållning gällande bemanning behövs för att säkerställa en god och säker vård.
- Verksamheten har ett strukturerat arbetsätt för att kunna se över att hälsa- och sjukvårdspersonal registrerar utifrån/enligt kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistren Senior alert, palliativregistret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- Egenkontroll genomförs kontinuerligt under året.

### **Kompetens**

- Säkerställa att dokumentationen följer anvisningar/riktlinjer för att säkerställa en god kvalitet i den vård som ges.
- Öka kunskapen i att upptäcka risker hos boende. En arbetsterapeut kommer att hålla i utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i olika teman, bland annat i risker t ex vid hantering av medicintekniska produkter. Start våren 2019.
- Verksamheten behöver se över behovet av hälsa- och sjukvårdspersonal då det är svårt att rekrytera.