



# Patientsäkerhetsberättelse

## Skolörtens servicehus

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-28

---

---

## 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.....	4
Patienters och närståendes delaktighet.....	4
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	5
Klagomål och synpunkter.....	5
Egenkontroll.....	5
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>6</b>
Riskanalys.....	6
Utredning av händelser - vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>7</b>
Egenkontroll.....	7
Avvikelser.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Händelser och vårdskador.....	7
Riskanalys.....	7
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>7</b>

---

## Sammanfattning

Verksamheten har under 2019 arbetat med att utveckla avvikelshanteringen och även arbetat med synpunkter och klagomål. Dessa avvikelser har tagits upp på kvalitetsråd och veckomöten.

Verksamheten har arbetat med att utveckla samverkan mellan baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Det har organiserats team träffar för detta. Baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har också arbetat med återkoppla/rapportera till varandra skriftligt för att säkerställa informationsöverföringen.

Hälso- och sjukvårdspersonal har arbetat med dokumentationen och fått utbildning för att man ska dokumentera i större utsträckning. Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeuter och enhetschef har arbetat tvärprofessionellt genom att ha organiserade träffar varje vecka. Detta för att man ska kunna arbeta mer strukturerat för att säkerställa en säker och god vård, vilket har varit ett av målen för sjuksköterskorna. Dessutom har verksamheten arbetat med att ha en god framförhållning gällande bemanning för att kunna säkerställa en god och säker vård. Dessutom har verksamheten arbetat med att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna registrera utifrån/enligt kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistren Senior alert, palliativregistret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), men detta arbete behöver fortsätta under 2020. Detta för att man ska kunna få en bättre struktur kring detta.

Verksamheten har också arbetat med att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal följer gällande riktlinjer/rutiner i Stockholm stad. Detta har skett i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och samordnare för hälso- och sjukvårdspersonal.

Verksamheten har arbetat aktivt med att göra egenkontroller under året.

Verksamheten kommer, under 2020, bland annat att arbeta med samverkan/informationsöverföring och fortsätta med att utveckla arbetssätt. Dessa beskrivs närmare under ”mål och strategier för kommande år” på sidan 7.

---

## Inledning

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Verksamheten arbetar utifrån stadens struktur för ledningssystem för att utveckla och säkra samtliga krav, mål, organisation, rutiner, metoder enligt gällande författningar.

Verksamheten har identifierat ett antal utvecklingsområden som man arbetat med under 2019 och kommer att fortsätta 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 baspersonal. Verksamheten har satsat på att organisera team träffar mellan sjukvårdspersonal och baspersonal. Detta för att säkerställa en god och säker vård.

### Arbetsätt

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska dokumentera i större utsträckning. Dokumentation ska ske enligt anvisningar.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska återkoppla/rapportera till baspersonal skriftligt.
- Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, HSL samordnare och enhetschef ska arbeta tvärprofessionellt.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska, i större utsträckning, samarbeta med dietist kring boende med risk för undernäring.
- Analyser av avvikelser och fall ska ske varje vecka på HSL team möten där samtliga professioner är närvarande.

- 
- Implementering av riktlinjer och lokala rutiner för hälso- och sjukvård ska göras för att säkerställa en god och säker vård.
  - Ansvarig sjuksköterska arbetar strukturerat dvs. genom att följa gällande riktlinjer och rutiner för att säkerställa en god och säker vård.
  - God framförhållning gällande bemanning behövs för att säkerställa en god och säker vård. Riskbedömning görs bland annat inför semesterperiod.
  - Verksamheten har ett strukturerat arbetssätt för att kunna se över att hälso- och sjukvårdspersonal registrerar utifrån/enligt kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistren Senior alert, palliativregistret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
  - Egenkontroll genomförs kontinuerligt under året, enligt årshjulet. Resultatet av genomförda egenkontroller analyseras, åtgärder vidtas vid brister och följs upp.

### **Kompetens**

- Säkerställa att hälso- och sjukvårdsdokumentationen 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 baspersonal en i olika teman, bland annat i risker t ex vid hantering av medicintekniska produkter. Start våren 2019.
- Verksamheten behöver se över behovet av hälso- och sjukvårdspersonal då det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.

### **Organisation och ansvar**

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

#### **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 2017:30, 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 HSL flyttats till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS ansvarar 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.

### **Baspersonal**

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**

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

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

Rapportering mellan legitimerad personal och baspersonal 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 vårdhygien i staden, folktandvården, Flexident, Oral Care, fotvården och Apoteket AB.

Under 2019 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 baspersonal.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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 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**

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

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

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 avvikelser 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 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal en gång per vecka. Ansvarig sjuksköterska/rehab följer upp vad som har orsakat händelsen och



---

säkrar upp 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, biträdande enhetschef, arbetsterapeut och sjuksköterska med särskilt HSL ansvar. Det finns naturligtvis planer på att även annan hälso- och sjukvårdspersonal ska delta. MAS och MAR är delaktiga samt dietist har bjudits in. På kvalitetsrådet går verksamheten igenom samtliga avvikelser. Naturligtvis har samtliga avvikelser tagits upp innan med berörd personal.

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**

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

Verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Sjuksköterskorna/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**

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

Verksamheten arbetar aktivt 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. Under 2019 har verksamheten arbetat aktivt med klagomål- och synpunkter. Det har skrivits fler klagomål och synpunkter under 2019. Det har alltså visat att det arbete som lagts ner på att informera de boende om klagomål och synpunkter har gett effekt. Det arbetet kommer att fortsätta under 2020.

---

*Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation* görs enligt fastställd mall har. Den har, under 2018, visat brister i kunskapen av var dokumentationen ska skrivas i systemet. Det visade också på brister i uppföljningar. Den samlade bedömningen av resultatet av egenkontrollerna/granskning av dokumentationen av hälso- och sjukvård visar att det finns behov av att upprätta åtgärdsplan och ansvara för den. Detta har resulterat i att verksamheten har haft flera utbildningstillfällen i dokumentationen för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta har skett både i grupp men också enskilt med samordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

*Avvikelsehantering* - Avvikelser gällande en specifik personal tar ansvarig enhetschef 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. Verksamheten har arbetat med att fler avvikelser ska skrivas och kommer fortsätta med detta även under 2020. När det gäller analys och återkoppling av avvikelser har det gjorts i arbetsgrupperna.

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

*Vårdrelaterade infektioner* - verksamheten ska arbeta med att lämna in uppgifter om infektioner (antibiotikabehandlande bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) till MAS en gång i månaden utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Detta är ett viktigt led i arbetet för att säkerställa en god och säker vård.

*Riskbedömningar* - Som del i det hälsofrämjande arbetssättet ska alla patienter över 65 år inom stadens särskilda boendeformer erbjudas riskbedömningar och en eventuell utredning göras för över-/undernäring, munhälsa, fall, trycksår och inkontinens. Vid behov erbjuds även riskbedömningar för patienter yngre än 65 år.

---

# PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

## Risikanalyt

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

För att öka patientsäkerheten sker ett systematiskt förbättringsarbete i verksamheten. Detta är något som verksamheten kommer att fortsätta med även under 2020. Verksamheten har också arbetat/satsat på nedanstående under 2019:

- 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
- Baspersonal har gått utbildning i förflyttningsteknik.
- Hälso- och sjukvårdspersonal har gått utbildning i palliativ vård.
- Hälso- och sjukvårdspersonal har gått utbildning i förskrivningsprocessen
- Baspersonal har gått webb utbildning i basala hygienrutiner
- En del av baspersonal en har gått utbildning i palliativ vård
- Baspersonal har gått undersköterska utbildning
- Baspersonal har gått utbildning i hot & våld i nära relationer bland äldre
- Baspersonal har gått utbildning i anhörigstöd från SDF
- All baspersonal har fått utbildning i delegering och läkemedelshantering
- Nyanställd baspersonal har fått utbildning i nutrition av dietist
- 5 baspersonal har fått möjlighet att utbilda sig till Sylvia syster, under 2019.

## Risikbedömningar

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 Assessment.

#### ***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 Assessment 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 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 2020 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 kommer att göras två gånger under 2020. Det sker också en årlig regelbunden funktionsbedömning av vårdsängar och lyftar. Detta görs av enligt avtal av kunnig personal.

Dessutom är baspersonal uppmärksam om medicintekniska produkter behöver åtgärdas/bytas. De meddelar rehabpersonal. Under 2020 kommer baspersonal att göra funktionskontroll av hjälpmedel två gånger. Det finns ett arbetssätt som är framtaget för att det ska kunna ske på ett bra sätt.

---

## Utredning av händelser - vårdskador

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

Verksamheten utreder och åtgärdar de händelser som uppkommer. Det som verksamheten behöver arbeta mera med är det som gäller främst läkemedel och läkemedelshantering. Det handlar om att baspersonal en inte signerat i den utsträckning som behövs. Verksamheten har med anledning av detta erbjudit baspersonal en utbildning i delegering och läkemedelshantering. Dessutom har verksamheten genomfört egenkontroller för att kunna aktivt arbeta med åtgärder.

Fallavvikelser är dock det mest förekommande och också ofta med risk för skada eller vårdskada. Detta arbetar verksamheten med aktivt med.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Egenkontroll

Verksamheten har arbetat aktivt med att genomföra egenkontroller enligt riktlinjer/rutiner. Det finns ett tydligt arbets- och ansvarsfördelning kring detta.

### Resultat

#### Dokumenterade avvikelser/avvikelsemodulen/Vodok

121 fall

26 läkemedelsavvikelser

5 specifik omvårdnad

7 trycksår

0 specifik rehabilitering

0 brister i vårdkedjan

0 vårdrelaterade infektioner

---

En stor del av läkemedelsavvikelser handlar om utebliven signering och/eller administrering av läkemedel (18/26). Resterande åtta beskriver ”övrigt/annat” som till exempel läkemedel saknades i patientens läkemedelsskåp. All baspersonal har under året genomfört webbutbildningen; Jobba säkert med läkemedel, inför delegering av läkemedel. Information och undervisning i säker läkemedelshantering har getts i mindre grupper bland annat i syfte att komma åt brister av signering av administrerat läkemedel. Egenkontroll av signeringslistor görs enligt rutin och vid brister tas dessa med berörd baspersonal.

I fem avvikelser, som beskriver brister i specifik omvårdnad, handlar det i två fall om utebliven åtgärd vid inkontinens, två fall om utebliven nutritionsåtgärd samt i en avvikelse övrigt/annat.

Positivt är det att de trycksår som har uppkommit på servicehuset har nu av sjuksköterskor registrerats som avvikelser och dessa har följts upp med åtgärder av hela teamet. Viktigt är att all baspersonal får information om inplanerade/ordinerade åtgärder som till exempel vändschema, registrering av mat och dryck och hantering av hjälpmedel/ medicintekniska produkter, samt att det ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournal, men att det också kan läsas i den sociala dokumentationen.

Eftersom antalet patienter år 2018 var fler än 2019 så blir det svårt att jämföra om avvikelser har minskat eller ökat.

*Syftet* med att rapportera och utreda avvikelser samt hantera synpunkter och klagomål är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen.

Under hösten 2019 har verksamheten kommit igång med ett mer systematiskt arbete med att:

- identifiera, rapportera och registrera händelser och risker
- fastställa och åtgärda orsaker

Verksamheten har aktivt arbetat med hälso- och sjukvårdspersonal genom främst att ha utbildningstillfällen om vikten av att identifiera, rapportera och registrera händelser. Detta har skett i samverkan med MAS, MAR och samordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Under dessa tillfällen har verksamheten diskuterat patientärenden och utifrån detta försökt se över eventuella risker. Dessutom har hälso- och sjukvårdspersonal fått genomgång i hur man ska rapportera händelser och risker. Det finns möjlighet till möten en gång per vecka där gruppen arbetar tvärprofessionellt kring händelser och risker. Dessutom diskuteras orsaker och åtgärder. Dessa orsaker och åtgärder förs in i systemet enligt de rutiner som finns.

---

## **Riskbedömningar**

### **Dokumentation**

Sammantaget kan man se att det brister en hel del i dokumentationen och framför allt att det inte är dokumenterat inom den angivna tiden. Det framgår av egenkontrollen att en del av dokumentationen är gjord för flera år sedan, vilket inte visar hur dokumentationen ser ut för den hälso- och sjukvårdspersonal som är anställd i nuläget.

Verksamheten har satsat på genomgång av de områden där det brister i dokumentationen och hälso- och sjukvårdspersonal har deltagit vid utbildningstillfällen. Datum har bokats för dokumentationsutbildning med ansvarig samordnare hälso- och sjukvårdsdokumentation. Det har både varit gemensam genomgång samt individuell. Dessutom har tagits de brister i dokumentationen, för påminnelse på hälso- och sjukvårdspersonal möten som är varje vecka. Personalen har uppmuntrats till att prioritera dokumentationen för att säkerställa patientvården. Planen är att genomföra kollegial granskning under våren 2020.

Under året 2019 påbörjades 22 journaler. Detta stämmer med antalet som flyttade in.

### **Loggkontroller**

Se ”Riktlinjer informationssäkerhet med logghantering och åtkomstkontroll av hälso- och sjukvårdsjournaler i Vodok och nationell patientöversikt (NPÖ)”.

Enheten har utfört en egenkontroll av loggkontroller. Underlaget för egenkontroller av loggkontroller förvaras i en pärm inne på hälso- och sjukvårdspersonalens expedition. När det gäller kontroll av journaler har patienters journaler gått igenom och när det gäller användare har användares inloggningar gått igenom för både sökningar och dokumentation.

Sjuksköterskas inloggningar gällande sökningar och dokumentation har inga specifika anmärkningar. Därför har inga åtgärder vidtagits.

### **Delegering**

Verksamheten har tagit fram en sammanställning av delegeringsmottagare med datum. Det är enhetschef som kommer att ansvara för att den följs upp och är aktuell. I den framgår antal personal, datum och vem som är delegerande sjuksköterska. Varje ny personal som anställs kommer att läggas till i listan för att verksamheten ska kunna följa upp när delegering ges.



---

Enhetschef kommer att ansvara för att lägga in ny personal tillgänglig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att delegera till. Detta görs i Vodok.

Enhetschef har planerat att ha ytterligare ett utbildningstillfälle i delegering för baspersonal. Personal fått information om att de ska göra webb utbildning innan utbildningstillfället. Utbildningstillfället är planerat till våren 2020. Verksamheten kommer att följa upp efter detta utbildningstillfälle att all personal har aktuell delegering. Dessutom kommer en ny egenkontroll att göras inför sommaren 2020.

Den senaste egenkontrollen gällande delegering gjordes februari 2020. Den visar att av baspersonalen är det totalt 51 personal som ska ha delegering. Av dessa är det 49 personal som har sin fått sin delegering förlängd. Det är 2 personal som inte har aktuell delegering. En är föräldraledig och en är studieledig.

### **Läkemedelshantering**

Verksamheten har utfört egenkontroll av sjuksköterskors signeringslistor för medicin. Verksamheten har satsat att göra egenkontroller varje månad. Personal har blivit mycket bättre vid administrera medicin samt signera på signeringslista, jämfört med tidigare månader. En ansvarig sjuksköterska har satsat på att ha delegeringsutbildningar för baspersonal och dessutom har ansvarig sjuksköterska informerat baspersonal för att signering ske mer noggrant. Detta kommer att ske några gånger i veckan när personalen har rapport.

Enheten har utfört en egenkontroll av signeringslistorna för narkotikaklassat läkemedel, tabletter och övriga preparat under 2019. Verksamheten kommer att ta upp med ansvariga sjuksköterskor om vikten av att signera när man tar mediciner.

Apotekets årliga kvalitetsgranskning av läkemedelshantering visade brister bland annat i journalföring av personbunden narkotika i förbrukningsjournalerna och signering av administrerat läkemedel/signeringslista hos patient. Åtgärdsplan upprättades och de förbättringsförslag som identifierades har åtgärdats till stor del. Fortsatt arbete pågår för att säkerställa att baspersonal följer gällande rutiner vid administrering av läkemedel. Det är inom detta område som det fortfarande återstår en del arbete men det har skett en mycket god förbättring. Det görs kontinuerliga egenkontroller för att säkerställa att åtgärderna ger effekt. Enheten utför egenkontroll av signeringslistor av mediciner, minst en gång per månad under näst kommande månaderna. Signeringslistorna förvaras i 2 pärmar inne på läkemedelsförrådet.

Genomförda riskbedömningar 2019:  
34 ROAG, (Revised oral assessment guide)

68 MNA initial bedömning  
22 MNA slutgiltig bedömning  
77 Downton fall risk Index  
77 Modifierat Norton skala

Munhälsobedömning, Roag (Revised oral assessment guide), hade erbjudits och genomförts på 34 patienter, vilket har ökat från år 2018.

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens har inte genomförts under 2019 enligt Stockholms stads riktlinjer, men målet är att det ska påbörjas under våren 2020 och alla patienter ska erbjudas det under 2020.

När det gäller riskbedömningar som ska göras inom 14 dagar har verksamheten inte alltid kunna uppnå detta. Det beror på att det funnits svårigheter kring ett gemensamt arbetssätt och att även några sjuksköterskor slutade under 2019, vilket ledde till att det varit svårt att ha en bra överblick. Dessutom har det varit delade meningar i arbetsgruppen vad det innebär att ha en riskbedömning inom 14 dagar. Det har därför varit diskussionstillfällen kring detta med MAR, MAS och samordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Förhoppningen är att sjuksköterskorna ska göra riskbedömningar enligt gällande riktlinjer/rutiner.

### Registrering i Palliativt register

Under året har 15 patienter avlidit varav tre patienter registrerades i palliativt register. De övriga patienter har vid försämrat hälsotillstånd skickats till slutenvården och avlidit där.

### Senior alert

Verksamheten har under hösten 2019 erbjudit utbildning för sin personal i Senior alert för att fler av dem ska kunna arbeta enligt det förebyggande arbetssättet, vårdprevention, samt registrera i Senior alert. Verksamheten har kommit i gång med systematisk registrering och arbetet inför det samt uppföljningar görs tvärprofessionellt. Senior alert registrering under det senaste 12 månaderna (2019), Skolörtens servicehus:

Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Skolörtens servicehus	49 02 av 67	93% ↑ 59 av 62	95% ↑ 55 av 62	89% ↓ 18 av 44	10 ↑ 8 personer	19 ↑ personer	11 ↓ 8 personer	19 ↓ personer

### Infektionsregistrering

Information saknas delvis. Det kan ha göra med att några sjuksköterskor slutat under året och därför har man inte registrerat all information. Det är därför svårt att dra någon slutsats av den information som finns då det inte täcker hela året. Verksamheten har för år 2020 utsett en sjuksköterska som ska tillsammans med enhetschef planerar för att detta blir gjort.

---

### **Resultat av hygienrund/Vårdhygien/vidtagna åtgärder**

Skolörtens servicehus samverkar med Vårdhygien, som är behjälplig med utbildning och konsultation vid behov. Vid den senaste hygienronden 2018 framkom att verksamheten behöver aktivt arbeta med basala hygienrutiner. Verksamheten har därför arbetat aktivt med basala hygienrutiner. När det gäller egenkontroll har verksamheten påbörjat det arbetet. Det går att se att verksamheten är duktig på att arbeta med basala hygienrutiner men det finns vissa utvecklingsområden. Ett hygienombud har utsetts och kommer, under 2020, arbeta aktivt med basala hygienrutiner tillsammans med enhetschef.

### Sammanställning av statistik/kvalitetsindikatorer under året

- 7 nya trycksår som har uppkommit på verksamheten.
- 28 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan kl. 07-16
  - 1 patient skickades akut in mellan kl. 16-21
  - 1 patient skickades akut in mellan kl. 21-07
  - 1 fall ledde till fraktur
  - 3 fall ledde till en annan fraktur
  - 1 fall ledde till en allvarlig sårskada eller en annan allvarlig skada

Verksamheten har under året 2019 intensifierat arbetet med registrering av alla trycksår uppkomna på den egna verksamheten.

Verksamheten anlitar mobilt sjukskötersketeam, Big Care, på jourtid kvällar och nätter, men på dagtid måndag-söndag arbetar ordinarie sjuksköterskor. Vilket kan förklara att endast få patienter skickats akut in på jourtid. Ordinarie sjuksköterskor har ofta en bättre kännedom av patientens aktuella status och därmed redan i ett tidigare skede göra en bedömning om patientens hälsotillstånd.

### **Klagomål och synpunkter**

När det gäller för år 2019 har antalet klagomål- och synpunkter varit 12 stycken. Det är en ökning jämfört med föregående år då antalet var 3 stycken.

Verksamheten har tagit upp rutinen för klagomål- och synpunkter med medarbetarna men eftersom det är endast 12 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 eller dylikt 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 diariet för registrering. Finns det ett skriftligt underlag (brev, e-post) ska även detta i original bifogas blanketten.

Sjuksköterskorna/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**

När det gäller händelser och vårdskador har verksamheten arbetat aktivt med för att förebygga händelser och vårdskador.

Under 2019 har det varit en händelse kring narkotika klassad läkemedel då det försvann läkemedel från läkemedelsförrådet. Denna händelse har resulterat i att verksamheten vidtagit ytterligare åtgärder gällande narkotikahandling och även säkrat upp hur man kommer in i läkemedelsförrådet. Varje sjuksköterska har fått egen personlig bricka. Dessutom sker det egenkontroller av narkotika klassad läkemedel varje månad.

### **Risikanalys**

Verksamheten har under 2019 påbörjat arbetet med riskanalyser och försökt att ha ett strukturerat arbetssätt kring det. Verksamheten har arbetat med följande:

- Påbörjat ett arbete med analysera avvikelser i arbetsgruppen. Det betyder att samtliga avvikelser har tagits emot och åtgärdats.
- Verksamheten har infört ett forum för hälso- och sjukvårdspersonal för att diskutera fallrapporter och avvikelser.
- Verksamheten har arbetat fram en struktur kring registrering av kvalitetsindikatorer, infektionsregistrering, Senior Alert mm. Detta för att kunna underlätta registreringen och för att verksamheten snabbare/enklare ska kunna följa upp arbetet kring det. Det återstår dock en del arbete kvar att göra på området, vilket kommer att göras under 2020.

- 
- Kvalitetsrådet har kommit igång och det är fler professioner som deltar. Dock återstår baspersonal som ska delta men förhoppningen är att bjuda in dem under 2020.
  - Verksamheten har satsat på att arbeta mera tvärprofessionellt genom att ärenden tas upp i grupp och det ges möjlighet att diskutera ihop. Det finns ett forum för det.
  - Verksamheten har arbetat mycket kring egenkontroller och kommit en bra bit på vägen. Detta har gjorts genom god ansvarsfördelning och täta uppföljningar.
  - Överrapportering mellan baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal behöver förbättras ytterligare. Det finns möjlighet att lämna skriftlig information mellan hälso- och sjukvårdspersonal och möjlighet till muntlig information mellan personalen varje dag. Dessutom ges möjlighet till team möten mellan hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal.
  - Riskanalys inför sommaren och inför jul har gjorts.

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

Verksamheten har under 2019 identifierat ett antal utvecklingsområden som man har arbetat med, men del kommer man att fortsätta med även under 2020.

### **Samverkan/informationsöverföring**

- Verksamheten har organiserat team träffar mellan baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal samt det finns möjlighet till muntlig och skriftlig rapportering mellan personalen. Dock har det visat att det behövs ytterligare fördjupning kring detta. Det kommer verksamheten att fortsätta att arbeta med under 2020. Detta för att säkerställa en god och säker vård.

### **Arbetsätt**

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska dokumentera i större utsträckning. Dokumentation ska ske enligt anvisningar. Detta har verksamheten satsat på men det behöver följas upp för att säkerställa en god och säker vård. Dessutom kommer verksamheten behöva arbeta med kollegial granskning gällande dokumentationen.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska, i större utsträckning, ha ett nära samarbete med dietist vid risk för undernäring. Under 2020 kommer dietist att delta vid möten med hälso- och sjukvårdspersonal en gång per månad. Dessutom kommer dietist ges möjlighet att delta på kvalitetsrådet.
- Implementering av rutiner ska göras för att säkerställa en god och säker vård. Detta behöver fortsätta då det finns rutiner kvar att implementera.

- 
- Ansvarig sjuksköterska arbetar strukturerat för att säkerställa en god och säker vård.
  - Kvalitetsrådet behöver utvecklas genom att även en undersköterska bjuds in. Detta är ett mål för våren 2020.
  - Verksamheten har ett strukturerat arbetssätt för att kunna se över att hälso- och sjukvårdspersonal registrerar utifrån/enligt kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistren Senior alert, palliativregistret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
  - Egenkontroll genomförs kontinuerligt under året enligt årshjulet.

### **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 baspersonal en i olika teman, bland annat i risker t ex vid hantering av medicintekniska produkter. Start våren 2020.
- Verksamheten kommer att Silviahemscertifieras, under 2020, för att öka kompetensen gällande demenssjukdomar.