

---

# Patientsäkerhetsberättelse

## Skolörstens servicehus

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-28 Amanda Farhadian

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>SKOLÖRTENS SERVICEHUS.....</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.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
<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>14</b>
Egenkontroll.....	14
Klagomål och synpunkter.....	20
Händelser och vårdskador.....	21
Riskanalys.....	21
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>22</b>

---

## Sammanfattning

Verksamheten har under året försökt att arbeta strukturerat och systematiskt för att få en ökad patientsäkerhet. Årets pandemi har dock bidragit till att utvecklingsarbetet inte kunnat ske i samma uträkning. Verksamheten har trots detta arbetat aktivt med att göra egenkontroller. Verksamheten startade, under 2019, aktivt med att göra egenkontroller och uppföljningar. Detta arbete utökades till att omfatta samtliga egenkontroller som efterfrågas inom Stockholm stad och enligt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Detta års patientsäkerhetsberättelse har präglats mycket av pandemin, vilket har bidragit till att fokus har främst varit att minska smittspridning, men det har inte hindrat verksamheten från att utöka arbetet i team gällande avvikelser och patienter. Verksamheten har strävat efter att ha en helhetssyn på patienten. I teamet har även dietisten deltagit.

Verksamheten har också försökt att hålla team möten med baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har också arbetat med att återkoppla/rapportera till varandra skriftligt för att säkerställa informationsöverföringen. Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeuter och enhetschef har arbetat tvärprofessionellt genom att ha organiserade träffar varje vecka.

Hälso- och sjukvårdspersonal påbörjade under 2019 ett arbete kring dokumentationen och fått utbildning för att man ska dokumentera i större utsträckning. Detta arbete har fortsatt även under 2020. 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, under 2020, försökt att arbeta med det som man fick utbildning i under 2020. Verksamheten har för avsikt att fortsätta detta arbete kring dokumentationen under 2021, tillsammans med samordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

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), och detta arbete kommer att fortsätta under 2021. Detta för att man ska kunna få en bättre struktur kring uppföljning.

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 sjukvårdsdokumentationen.

Verksamheten kommer, under 2021, 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 21.

## **Inledning**

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

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

I patientsäkhetsberättelsen 2019 beskrivs en del områden som verksamheterna ska förbättra och utveckla som ett led i att stärka patientsäkerheten. På grund av pandemin hann verksamheten inte jobba med allt och därför kommer verksamheten att fortsätta att arbeta med dessa även under 2020. Dessa är följande:

- Samverkan/informationsöverföring – detta gäller fördjupning kring team möten mellan baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Systematiskt kvalitetsarbete – öka kunskapen och utveckla arbetssätt för dokumentation, implementering av rutiner, registrering av kvalitetsindikatorer, senior alert mm
- Systematiskt kvalitetsarbete - att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete samt att riskanalyser/avvikelser utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt av åtgärder
- Kompetensstyrning och kompetensutveckling - att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av god hälso- och sjukvård

### **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

### **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 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 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 Familjeläkarna 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 och Smittskydd, folktandvården, Flexident, Oral Care, fotvården och Apoteket AB.

Under 2021 har verksamheten också haft ett samarbete med dietisterna i Västerort. Det innebär att dietist har haft ett möte en gång per månad med hälso- och sjukvårdspersonal. 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.

### **Jour verksamhet**

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 in akut på jourtid. Ordinarie sjuksköterskor har ofta en bättre kännedom av patientens aktuella status och bör därmed redan i ett tidigare skede göra en bedömning om patientens hälsotillstånd.

---

## **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 kontakter direkt anhöriga via telefon/mail när verksamheten ser att det finns en påtalad risk för vårdskada. Under detta år, har verksamheten satsat på information till de boende och anhöriga. Dessutom har verksamheten arbetat för att möjliggöra säkra besök.

Enhetschef har närståendemöten 2 gånger per år men på grund av pandemin har detta inte kunnat genomföras under 2020.

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 2011:9, 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 avvikelsen bedöms allvarlig 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, vidtar åtgärder 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, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska. 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 som förs förmedlas till övriga medarbetare på arbetsplatsträffar.

Verksamheten har på grund av pandemin inte kunnat ha regelbundna kvalitetsråd. Verksamheten har dock inför 2021 tagit fram statistik över antal klagomål/synpunkter och avvikelser.

## **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 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 tar också upp klagomål och synpunkter på kvalitetsråden och på möten med personalen. I år har detta inte kunnat göras på grund av pandemin.



---

Det som verksamheten behöver arbeta vidare med är sammanställning och analys över de klagomål och synpunkter som kommit in. Det finns ingen enhetlig struktur för regelbunden sammanställning och analys av resultat av klagomål och synpunkter. Verksamheten har dock inför 2021 tagit fram en enhetlig sammanställning över klagomål och synpunkter.

## **Egenkontroll**

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

Verksamheten arbetar aktivt med regelbundna egenkontroller. Det är viktigt att egenkontroller görs enligt riktlinjer och lokala rutiner för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Dessa egenkontroller är ett led i kvalitetsarbetet. De flesta egenkontroller görs 2-4 ggr/år, men ett flertal görs varje månad och enstaka egenkontroll görs varje vecka. Dessa egenkontroller har utförts av enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut med särskilt ansvar samt av undersköterskor och samordnare. Egenkontrollerna måste dokumenteras och den som bedriver verksamheten kan därigenom visa att egenkontrollerna fungerar. Dokumentationen gör det även lättare för alla i verksamheten att göra på rätt sätt, underlättar uppföljningar och gör det enklare att hitta brister i verksamheten.

Resultatet av egenkontrollerna följs regelbundet upp på kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Vissa moment har även tagits upp på HSL möten som hålls varje vecka för att säkerställa att rutinerna följs.

*Klagomål och synpunkter* - verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Under 2020 har verksamheten arbetat aktivt med klagomål- och synpunkter. Det har skrivits fler klagomål och synpunkter under 2020. 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 2021.

*Avvikelsehantering* - Avvikelse 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 2021. När det gäller analys och återkoppling av avvikelser har det gjorts i arbetsgrupperna.

---

*Signeringslistor* - varje månad kontrollerar sjuksköterska att baspersonalens signeringslistor för medicin 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. Detta har dock inte gjorts under 2020 och verksamheten kan därför inte jämföra om vårdrelaterade infektioner har ökat eller minskat under de senaste åren. Verksamheten planerar dock för att arbeta med detta under 2021.

*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*

### **Risikanalys**

*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 2021. Verksamheten har också arbetat/satsat på nedanstående under 2020:

- För att säkerställa en god kvalitet har avvikelser upprättats och återkoppling har skett till berörda. Dessutom har verksamheten tagit fram en statistik mall för att man ska kunna ”ha koll inom vilka områden som det är avvikelser”.
- Egenkontroll har genomförts som beskrivits ovan. Verksamheten har under 2020 arbetat mer systematisk med egenkontroller inom alla områden
- Hälso- och sjukvårdspersonal har gått utbildning i forskrivningsprocessen
- Baspersonal har gått utbildning i basala hygienrutiner

- 
- Baspersonal (som inte har aktuell delegering) har fått utbildning i delegering och läkemedelshantering
  - All personal har gått utbildning i demens genom att verksamheten har fått Silviahemscertifiering. Under 2021 kommer verksamheten att fortsätta med reflektionsträffar.

### **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
- Vid värmebölja
- Vid en pandemi
- Vid låg bemanning

Riskbedömningar ska tas upp på team möten en gång per vecka och vid kvalitetsrådet en gång per månad. Kvalitetsrådet har dock fått ställas in på grund av pandemin. 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 nutitionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutitionsbedömning 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 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 sammanhållen 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 2021 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 har gjorts 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 2021 kommer en särskild utsedd undersköterska att göra funktionskontroll av hjälpmedel varje månad. Det arbetet har redan påbörjats om man har gjort funktionskontroll för januari och februari 2021. Det finns ett arbetssätt som är framtaget för att det ska kunna ske på ett bra sätt. Arbetsterapeuten är involverad i detta arbete.

### **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 fortsätta att arbeta med är det som gäller främst läkemedel och läkemedelshantering. Det handlar om att baspersonal inte signerat i den utsträckning som behövs. Verksamheten har med anledning av detta erbjudit baspersonal en utbildning i delegering och läkemedelshantering. Verksamheten tog fram underlag för delegeringsutbildningen. Detta för att kunna öka kompetensen hos baspersonalen. Dessutom har verksamheten genomfört egenkontroller för att aktivt kunna arbeta med åtgärder. Det har skett en förbättring men dock återstår en del arbete när det gäller signeringslistorna. Detta planerar verksamheten att fortsätta att arbeta med under 2021.

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

Avvikelser Skolörtens servicehus 2020

2020 2019

Läkemedel	28	26
Specifik omvårdnad	7	5
Specifik rehab	0	0
Trycksår	4	7
Vårdkedjan	0	0
Vårdrelaterad infektion	0	0
Fall	58	121
=	97	159

När det gäller avvikelser har verksamheten, inför 2021, tagit fram en statistik mall som ska användas för att man ska kunna ha en god översikt inom vilka områden det förekommer avvikelser och för att man lättare ska kunna arbeta med avvikelser på kvalitetsråd mm.

Verksamheten har blivit mycket bättre på att registrera avvikelser och satsat på att man ska lägga in avvikelser i avvikelsemodulen. Detta har bidragit till att man lättare kunnat arbeta med avvikelserna i team. Detta kan man se genom att fall avvikelserna har blivit färre för 2020, jämfört med 2019. När det gäller läkemedelsavvikelser har verksamheten satsat på delegeringsutbildningar eftersom antalet avvikelser ökat med 2 st för 2020, jämfört med 2019. Det är dock svårt att spekulera i vad det kan bero på. Tanken är att man, inför 2021, ska arbeta mera aktivt med läkemedelsavvikelser på team mötena.

---

*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 2020 har verksamheten arbetat 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.

### **Dokumentation**

Verksamheten har satsat på egenkontroll av dokumentation och den senaste gjordes december 2020. Planen är att även genomföra kollegial granskning under våren 2021.

*Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation* görs enligt fastställd mall. Sammanfattning av resultat och analys för egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar brister, men att journalföring förs enligt rutin och alla riskbedömningar har gjorts vid inflyttning och även uppdaterats under året.

När det gäller fokusfrågorna kan man säga att hela vårdprocessen och patientens hälsotillstånd går att följa i dokumentationen trots brister.

Sammantaget kan man se att det förekommer brister i HSL personalens dokumentation. Bland annat när det gäller hälsoplaner och att skriva om åtgärder har vidtagits på basering av teamets bedömning och inte bara efter enskild bedömning. Det som är bra med den sist gjorda egenkontrollen av dokumentationen är, att den är gjord på nyinflyttade boende. Detta ger en adekvat bild av hur den HSL personal som är anställd idag dokumenterar.

Verksamheten kommer att ordna med genomgångar av dokumentation på de delar där det har brustit, samt säkerställa att all HSL personal närvarar vid dessa tillfällen.

### **Loggkontroller**

---

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

Enheten har utfört egenkontroll av loggkontroller var tredje månad. 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.

Det har skett en klar förbättring sedan den senaste egenkontrollen som gjordes i november 2019. Det har varit mer effektivt att utse en ansvarig sjuksköterska som hållit i utbildningarna och även varit den som ansvarat för att lägga in personerna i Vodok.

Samtlig personal som arbetar har, i dagsläget, en aktuell delegering.

### **Läkemedelshantering**

Verksamheten har utfört egenkontroll av administrerat läkemedel av baspersonal. Verksamheten har satsat på att göra egenkontroller varje månad under en period. Baspersonal 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 ska ske mer noggrant. Detta kommer att ske några gånger i veckan när personalen har rapport.

Enheten har utfört egenkontroller av signeringslistorna för narkotikaklassat läkemedel och övrig läkemedel under 2020.



---

Verksamheten kommer att ta upp med ansvariga sjuksköterskor om vikten av att signera när man tar mediciner.

Apotekets årliga kvalitetsgranskning av läkemedelshantering visade via deras egenkontroller att verksamheten har en god kontroll över sin hantering av narkotika. Vid en översyn i fyra av förbrukningsjournalerna för personbunden och förrådsbunden narkotika upptäcktes dock flera differenser där vidtagen åtgärd inte var dokumenterad, inte heller fanns information om man hittat och rätt ut felet. Enligt uppgift så var dessa avvikelser utredda, vilket är utmärkt, men detta behöver framgå även i förbrukningsjournalen. Detta är något som verksamheten kommer att arbeta med under 2021.

### **Genomförda riskbedömningar 2020**

MNA initialt	86
MNA slutgiltigt	38
Downton fallriskbedömning	95
Norton	91
Nikola	2
ROAG	55
Sunnås ADL	64
Abbey pain scale	70

Verksamheten har arbetat mera aktivt och har ökat i antal riskbedömningar under 2020, jämfört med år 2019. Det har ökat i alla områden när det gäller antal riskbedömningar.

Fler patienter har under 2020 bedöms med smärtskattnings instrument Abbey Pain Scale för att skatta smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner och andra som inte kan verbalisera sin smärta, vilket är en positiv utveckling.

Enligt den senaste egenkontrollen, december 2020, har de nyinflyttade fått en adekvat grundjournalföring och riskbedömning enligt rutinerna. Alla riskbedömningar har gjorts vid inflyttning och även uppdaterats under året.

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens har inte genomförts under 2020 enligt Stockholms stads riktlinjer, men målet var att det skulle påbörjas under 2020 men på grund av pandemin har det fått stå tillbaka. att det ska påbörjas under våren 2021 och alla patienter ska erbjudas det under 2021.

### **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.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	100,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	100,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	50,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Detta baseras på två av tre patienter som är registrerade i Palliativregistret under 2020.

Enligt Vodok avled fyra patienter på Skolörtens servicehus och fem på sjukhus, 2020.

### Senior alert

Verksamheten erbjöd, under 2019, 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, under 2020, kommit i gång med systematisk registrering och arbetet inför det samt uppföljningar görs tvärprofessionellt. Tanken är att man ska fortsätta detta arbeta, under 2021, för att man ska kunna arbeta vidare med uppföljningar och använda sig utav instrumentet som finns i senior alert.

Senior alert registrering under det senaste 12 månaderna (2020), Skolörtens servicehus:

Uppåt	Vårdprevention					Utfall			
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Skolörtens servicehus	56	79%  76 av 96	91%  69 av 76	92%  70 av 76	48%  32 av 67	13  7 personer	26  personer	109  31 personer	21  personer

56 unika personer	Vårdprevention				Utfall												
	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Total	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Samtliga riskområden	76 av 96 79% ↕	69 av 76 91% ↕	70 av 76 92% ↕	32 av 67 48% ↕	Riskbedömningar per månad												
Trycksår	9 av 96 9% ↕	7 av 9 78% ↕	8 av 9 89% ↕	3 av 9 33% ↕	13 7 personer												
Undernäring	35 av 96 36% ↕	30 av 35 86% ↕	32 av 35 91% ↕	16 av 33 48% ↕	BMI<22 26 26 personer												
Fall	74 av 96 77% ↕	71 av 74 96% ↕	70 av 74 95% ↕	32 av 63 51% ↕	109 31 personer												
Munhälsa	33 av 96 34% ↕	31 av 33 94% ↕	31 av 33 94% ↕	9 av 29 31% ↕	21 21 personer												
Målvärden		75 - 100 % 25 - 74 %	75 - 100 % 25 - 74 %	75 - 100 % 25 - 74 %													

## 20210122 Skolörtens servicehus

- flera försenade uppföljning av åtgärder
- 11 patienter med ofrivillig viktminskning
- 20 patienter med BMI <22
- 22 patienter med ohälsa i munnen

Verksamheten har kommit i gång med att registrera och lägga in i Senior alert. Dock är målet, inför 2021, att arbeta mera aktivt med uppföljningarna i Senior alert. Dessutom kommer verksamheten även arbeta mera aktivt med instrumentet Senior alert i team arbetet.

### Resultat av hygienrond/Vårdhygien/vidtagna åtgärder

Skolörtens servicehus samverkar med Vårdhygien, som är behjälplig med utbildning och konsultation vid behov. Vid den senaste hygienronden 2019 framkom att verksamheten behöver aktivt arbeta med basala hygienrutiner. Verksamheten har därför arbetat aktivt med basala hygienrutiner och har även utrustat varje lägenhet med hygienutrustning. Det har utförts praktisk utbildning i basala hygienrutiner. När det gäller egenkontroll har verksamheten arbetat aktivt med det och personalen har även utfört hygienobservationer. Det går att se på den senaste egenkontrollen, februari 2021, att verksamheten är duktig på att arbeta med basala hygienrutiner. Två hygienombud har utsetts under 2021 och har arbetat aktivt med basala hygienrutiner tillsammans med enhetschef.

Pandemin har medfört att verksamheten har under året haft stort fokus på basal hygien för att minska smittspridning. Kunskap om hygieniskt arbetssätt och att all personal följer basala hygienriktlinjer är en förutsättning för att bedriva patientsäkert arbete och förebygga uppkomst av smitta och vårdrelaterade infektioner. Egenkontroll för basal hygien har därför genomförts för att säkerställa att verksamheten bedriver en god och säker vård.

---

## Risikanalys pandemin

Verksamheten har genomfört riskanalyser kopplat till pandemin. Dessa har handlat om risk för smittspridning, användandet av skyddsutrustning och kunskap om följsamhet till basalhygien samt risker vid låg bemanning. Riskanalyser har gjorts utifrån konsekvenser av pandemin av personal beroende på sjukdom eller förändrade arbetsuppgifter. Även inför sommaren gjordes riskanalys utifrån förändringar i HSL-samarbetet.

Exempel på risker som framkom vid riskanalys låg bemanning:

- försämrade rapporter då patient kommer hem från sjukhus
- risk att vi inte kan vårda patienter som kommer hem från sjukhuset
- risk för stora förseningar i insatser som borde prioriterats
- risk att prioritera fel och att insatser missas
- risk att palliativa patienter inte får rätt vård
- risk att patienter inte får en god och säker vård

Om anledning av ovanstående har följande åtgärder vidtagits:

- Implementera och arbeta efter riktlinjer/rutiner
- Praktiska utbildningsinsatser till personal i basala hygienrutiner
- Säkra tillgången på skyddsutrustning
- Tagit fram rutin och möjliggöra för säkra besök av anhöriga utifrån smittrisk på servicehuset

Anpassningar som vidtagits övergripande: snabbt framtagande av rutiner och riktlinjer, snabb provtagning, tydligt informationsflöde, nära ledarskap, genomgång av praktiska moment utifrån användandet av skyddsutrustning och basala hygienriktlinjer, nära samarbete med medicinsk ansvarig sjuksköterska, uppföljning av frånvaro dagligen, tydlig bemanningsstrategi som möjliggör en snabb omställning, stöd till oroliga medarbetare vid behov, stöd/information till oroliga boende och anhöriga, mm

## Klagomål och synpunkter

När det gäller för år 2020 har antalet klagomål- och synpunkter varit 14 stycken. Det är en ökning jämfört med föregående år då antalet var 12 stycken.

Verksamheten har tagit upp rutinen för klagomål- och synpunkter med medarbetarna. Det gäller dock främst skriftliga klagomål- och avvikelser.

---

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 avvikelssystem. De rapporteras omgående till MAS.

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. Redovisning av synpunkter och klagomål följs upp av verksamheten vid kvalitetsråden varje månad. På kvalitetsråden diskuteras klagomål- och synpunkter. Detta för att man ska kunna utvärdera och förbättra verksamheten.

### **Händelser och vårdskador**

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

Under 2020 har det varit en händelse kring narkotika klassade läkemedel då det försvann läkemedel från läkemedelsförrådet. Denna händelse har resulterat i att verksamheten vidtagit ytterligare åtgärder gällande narkotikahantering och påbörjat ett arbete med att säkra upp patientbunden narkotika och även narkotika klassade läkemedel i akutläkemedelsförrådet. Det kommer att innebära att varje sjuksköterska ska använda sin egna personliga bricka när man tar ut narkotika klassade läkemedel. Dessutom sker det egenkontroller av narkotika klassade läkemedel varje vecka.

### **Riskanalys**

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

- Påbörjat ett arbete med att 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 2021.

- Kvalitetsrådet har kommit igång och det är fler professioner som deltar. Tanken vara att man skulle arbeta mera systematisk med kvalitetsrådet genom att man gör statistik på avvikelser och klagomål och synpunkter men på grund av pandemin har det inte kunnat göras ordentligt.
- 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, men det behöver utvecklas för att man ska arbeta mera förebyggande och mera med uppföljning. Dock har detta inte kunnat göra fullt ut på grund av pandemin.
- Verksamheten har arbetat mycket aktivt kring egenkontroller och kommit långt. Egenkontroller har gjorts inom alla områden. 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. När det gäller team möten har det inte fungerat fullt ut på grund av pandemin då det varit en del frånvaro.
- Riskanalys inför sommaren och inför jul har gjorts.

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

Verksamheten identifierade under 2019 ett antal utvecklingsområden som man har arbetat med, och det kommer man att fortsätta med även under 2020. Detta för att verksamheten har, på grund av pandemin, inte hunnit jobba med allt.

### **Samverkan/informationsöverföring**

- Verksamheten har organiserat team träffar mellan baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal varje vecka 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 2021. 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.
  - 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.
  - 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).
  - Verksamheten har gjort inventering av basmadrasser, sår förebyggande bäddmadrasser och rollatorer. En hel del har slängts och nytt har köpts in. Detta fortsätter verksamheten med kontinuerligt.

### **Kompetens**

- Säkerställa att dokumentationen följer anvisningar/riktlinjer för att säkerställa en god kvalitet i den vård som ges.
- Implementera rutiner för hälso- och sjukvårdspersonal för att öka kompetensen.
- Verksamheten har Silviahems-certifieras, under 2020, för att öka kompetensen gällande demenssjukdomar. Under 2021 kommer verksamheten att satsa på reflektionsträffar.