



# Patientsäkerhetsberättelse för Kista servicehus och Rinkeby vård- och omsorgsboende

## 2018

### Januari 2019

---

Tina Cederlund, enhetschef Kista servicehus  
Eva Ingstrand, enhetschef Rinkeby vård- och omsorgs-  
boende

---

## 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 .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	11
Avvikelser .....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador .....	12
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>12</b>

---

## Sammanfattning

Stadsdelsnämnden ansvarade 2018 för äldreomsorg och hälso- och sjukvård på tre vård- och omsorgsboende, Kista, Akalla och Rinkeby vård- och omsorgsboenden samt för Kista servicehus. Rinkeby och Akalla vård- och omsorgsboenden samt Kista servicehus har drivits i egen regi, Akalla vård- och omsorgsboende avvecklades dock under våren. Kista vård- och omsorgsboende drevs på entreprenad av Attendo fram till 31 oktober och från 1 november övertog stadsdelsnämnden driften i egen regi.

I patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren, i detta fall stadsdelsnämnden har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I detta ingår att säkerställa att varje medarbetare inom vård- och omsorg kan utöva sitt arbete så att en god och säker vård kan ges. Varje boende/patient ska också känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för boende/patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Målet för patientsäkerhetsarbetet har varit att öka vårdens kvalitet samt att minska risker och förebygga vårdskador.

Patientsäkerheten har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna. Hälso- och sjukvårdspersonal har genom tydliga och kända rutiner systematiskt rapporterat och analyserat risker, tillbud och negativa händelser.

Ett fokus under året för att öka patientsäkerheten har varit att utveckla strukturer för ett tvärprofessionellt teamarbete samt att implementera dessa. Ett fungerande multiprofessionellt team är en förutsättning för ett gott personcentrerat arbetssätt. Teamarbete kräver en tydlig struktur och att teamet träffas regelbundet. Teamarbetet ska bl.a. leda till upprättandet av individuella planer som följs upp och utvärderas regelbundet avseende effekt för den enskilde.

Pågående utvecklingsarbete under året har varit att säkerställa delegeringar, följsamhet till vårdhygieniska principer och öka kunskapen kring mat, måltider och nutritionsbehandling för att motverka och behandla undernäring.

Risikanalyser och bedömningar har gjorts i förebyggande syfte för att minimera att vårdskador uppstår. Ett allmänt preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår och undernäring har genomförts och dokumenterats under året.

De boende och deras närstående har kontinuerligt getts möjlighet att lämna synpunkter på patientsäkerhetsarbetet och har, när så skett, fått återkoppling enligt de rutiner som finns i verksamheten. De boende och deras närstående har också fått information om hur risker i vårdmiljön kan förhindras.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Genom en god och säker hälso- och sjukvård minimeras vårdskadorna.

*Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2018 har varit*

- Att granska enheternas hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Att ta del av enheternas upprättade riskanalyser.
- Att följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och samverka med enhetscheferna vid utredning av allvarliga händelser.
- Att säkerställa att förutsättningar finns för följsamhet till basala hygienrutiner.
- Att fortsätta utvecklingen av teamarbete.
- Att ta fram statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister.
- Att delta i olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.
- Att följa hur den palliativa vården i livets slutskede utvecklas utifrån de palliativa ombudens roll och ansvar
- Att bidra till verksamhetens utveckling genom att medverka vid olika mötesforum där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp.

### Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren, i detta fall stadsdelsnämnden, har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. (HSL) 2017:30

Verksamhetschefen enligt 4 kap.2 § HSL ansvarar för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur arbetet kontinuerligt ska bedrivas samt för att MAS/MAR:s rutiner är kända i verksamheten och efterföljs. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och personalbemanning är optimal för att en god och säker vård ska

---

kunna säkerställas. Dessutom ansvarar verksamhetschefen för att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO.

Verksamhetschefen ska också årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska i ett tjänsteutlåtande delges stadsdelsnämnden.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån 11 kap. 4 § HSL samt 4 kap. 6 § HSF. I uppdraget ligger att bevaka att en god kvalitet upprätthålls och att patienten får en god och säker vård. I uppdraget ingår också att göra anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarlig vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal; vilket innefattar sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter, ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att utföra hälso- och sjukvård utifrån lagstiftning, riktlinjer och vetenskapliga och beprövade metoder. De är också skyldiga att rapportera risker och oönskade händelser till verksamhetschef och/eller MAS/MAR.

Baspersonalens (undersköterskor och vårdbiträden) ska medverka i patientsäkerhetsarbetet genom följsamhet till upprättade rutiner och riktlinjer, ett förbyggande syn- och arbetssätt, samt rapportera risker och oönskade händelser till verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Enheterna har lokala samverkansrutiner för informationsöverföring internt i den egna verksamheten och mellan olika enheter inom stadsdelsnämnden. Rutinerna uppdateras och revideras årligen. Om rutiner inte följs så rapporteras det som avvikelser.

Lokala överenskommelser finns upprättade mellan kommun och landsting. Syftet med överenskommelser är att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg. Under året har samverkansmöten genomförts med vårdcentralerna i stadsdelsområdet. Vid samverkansmöten diskuteras övergripande och generella frågor. Vid behov av att samverka kring enskilda individärenden görs detta huvudsakligen med vårdcentral och MAS/MAR som representant från stadsdelsnämnden.

Samverkansmöten med geriatriken har genomförts kontinuerligt. MAS/MAR samt representanter från beställarenheten deltar från stadsdelsnämndens sida. Syftet är att diskutera gemensamma problem, ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser samt dela information mellan sluten- och öppenvård samt kommun.

Ett samarbete mellan stadsdelsnämnden, lokala vårdcentraler, primärvårds rehab samt minnesmottagningen på Brommageriatriken påbörjades 2015 och fortsätter. Samarbetet innebär bland annat regelbundna möten en gång per

termin. Ett gemensamt samverkansprogram för demenssjuka har tagits fram. Syftet med programmet är att medverkande aktörer ska samverka för att ge demenssjuka en god utredning, trygg och säker behandling samt omvårdnad i demenssjukdomens alla stadier.

Läkarorganisationen Legevisitten ansvarar för läkarinsatserna på de särskilda boendena. Samverkansmöten sker regelbundet med Legevisitten ett par gånger per år eller vid behov.

Ett samarbete finns med Röda Korset och förvaltningen tar emot två sjuksköterskestudenter varje termin.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Den boende/patienten och om så han/hon önskar även närstående involveras i den egna vården och behandlingen i så hög grad som möjligt. Vid utredning av vårdskada ansvarar sjuksköterska för att informera den boende och eller närstående om detta. Vid inflyttning i särskilt boende informeras alltid den äldre om möjligheten att klaga eller framföra synpunkter på vården och vart man vänder sig.

Hälso- och sjukvårdspersonalen samt MAS och MAR har också en rådgivande funktion, vid frågor som rör hälso- och sjukvården, och finns vid behov tillgängliga för både patienter och deras närstående vid frågor som rör vård och behandling.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

All personal som upptäcker en avvikande händelse ska omedelbart kontakta sjuksköterska eller annan legitimerad personal. Händelsen ska dokumenteras på särskild blankett för avvikelserapport.

Sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att dokumentera hälso- och sjukvårdsavvikelser i den enskildas journal samt i avvikelsemodulen Vodok.

Verksamheterna ansvarar för hanteringen av avvikelser, vilket innefattar att analysera och åtgärda bakomliggande orsaker både på individ och organisationsnivå. Detta sker i samråd mellan verksamhetschef och andra yrkeskategorier.

Inkomna avvikelser har sammanställts en gång per månad samt redovisats för baspersonalen på Arbetsplatsträffar (APT). Vid avvikelserapportering mellan den egna verksamheten och landstinget, vanligtvis S:t Görans sjukhus och Bromma geriatriken, informeras MAS/MAR. Avvikelsen skickas till samordnaren i landstinget som ansvarar för avvikelshantering, svaret skickas därefter till MAS/MAR som sedan återkopplar till verksamheten. Om avvikelsen kommit från landstinget skickas den direkt till MAS/MAR, som har ansvar för att utreda och besvara den.

MAS och MAR för statistik över händelser som inträffar i verksamhet-

---

erna. På så sätt syns trender över avvikande händelser i verksamheten. Om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada inträffar görs anmälan till IVO enligt Lex Maria.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål som rör hälso- och sjukvården som inkommer till stadsdelsförvaltningen ingår i förvaltningens rutin för hur klagomålshantering ska hanteras. De förmedlas till respektive enhetschef som tillsammans med MAS och MAR analyserar det inträffade och ser till att åtgärder vidtas och att rutiner ses över.

Verksamhetschef sammanställer och analyserar inkomna klagomål och synpunkter i syfte att tidigt identifiera eventuella mönster eller trender som skulle kunna indikera brister i verksamheten. Utifrån synpunktens karaktär görs alltid en bedömning huruvida synpunkten synliggör reella brister i verksamheten, eller om det är en enskild händelse.

Det har under 2018 inte inkommit några klagomål från brukare och närstående på verksamheten som tydligt kan kopplas till patientsäkerheten.

### **Egenkontroll**

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

*Verksamhetsuppföljningar*

Uppföljningar av kvaliteten på verksamheternas hälso- och sjukvård sker årligen. Dessa genomförs av MAS, MAR och utredare.

*Journalgranskning*

MAS och MAR granskar fortlöpande under året hälso- och sjukvårdsdokumentationen och ger återkoppling till verksamheterna. Processledare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen har granskat 10 slumpmässigt utvalda journaler. Utifrån granskningarna drivs förbättringsarbete.

*Riskbedömningar*

Statistik över genomförda riskbedömningar inom områdena fall, nutrition, munhälsa, sår och inkontinens har inhämtats av MAS och MAR.

*Läkemedelshantering*

Extern granskning av läkemedelshanteringen genomförs en gång per år. MAS tar del av resultatet och upprättar ev. åtgärdsplan.

*Läkemedelsgenomgång*

Läkemedelsgenomgång av alla boende har gjorts av läkare från Legevisitten.

*Basala hygienrutiner*

Fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner sker kontinuerligt. Kontroll görs av att personalen följer de basala hygienrutinerna i vårdarbetet.

*Infektionsregister*

Infektionsregistrering sker i verksamheterna. MAS analyserar resultatet och upprättar ev. åtgärdsplan.

---

### *Nutrition*

Nattfastemätningar som ej bör överstiga elva timmar har genomförts på Rinkeby vård- och omsorgsboende två gånger under året.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Under året har en läkemedelsgranskning av alla boendes mediciner på Rinkeby vård- och omsorgsboende och Kista servicehus genomförts av läkare från Legevisitten. Syftet med en läkemedelsgenomgång är att kartlägga den enskildes ordinerade och använda läkemedel, kontrollera att läkemedelslistan är korrekt samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

En farmaceut från Apoteket har granskat läkemedelshanteringen på Kista servicehus med godkänt resultat.

De årliga munhälsobedömningarna har genomförts vid Rinkeby vård- och omsorgsboende.

Ett kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, MAS/MAR, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, utredare, dietist och representant från omvårdnadspersonalen är upprättat sedan några år tillbaka med syfte att gå igenom samtliga inkomna avvikelser.

Av olika orsaker har kvalitetsrådet legat i träda under andra halvåret men kommer att återupptas under år 2019 med några möten per termin. Förbättringsåtgärder och nya rutiner ska arbetas fram för aktuella händelser.

Omvårdnadspersonal har fått återkoppling på inkomna avvikelser med vidtagna åtgärder på APT-möten en gång i månaden. Deras erfarenheter och förslag till åtgärder har tagits till vara.

Verksamheterna är anslutna till Svenska palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister för utveckling av vård i livets slutskede. I detta registreras vidtagna insatser i livets slut. Registret avser att tillförsäkra alla människor en värdig och välfungerande vård vid livets slut och att närstående erbjuds stöd.

Palliativa ombud finns både på servicehuset och vård- och omsorgsboendena. Samtliga sjuksköterskor och rehabpersonal samt åtta personer från baspersonalen har genomgått en tre dagars utbildning genom Palliativa kunskapscentrum PKC. PKC har också anordnat fortlöpande informationsträffar som flera av personalen deltagit i och fler utbildningstillfällen kommer att erbjudas under 2019.

Ett nytt arbetssätt har påbörjats under hösten 2018 med syfte att öka kompetensen hos baspersonalen. All baspersonal ska genomföra en kunskapstest, "Jobba säkert med läkemedel" som är webbaserad och framtagen av Äldre-



---

centrum. Att genomgå utbildningen med godkänt resultat är en förutsättning för delegering. Sjuksköterska gör en bedömning efter utbildningen om det är aktuellt med delegering (administration av läkemedel) för baspersonal.

Utveckling och implementering av teamarbetet pågår och börjar bli etablerat. Teammöten äger rum varje vecka och då närvarar dietist, sjuksköterska, rehabpersonal, enhetschef och baspersonal. Enskilda boendes omvårdnad tas upp och diskuteras utifrån en helhetssyn.

Under året har alla boende som godkänt det registrerats i Senior Alert. Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som används för att identifiera risk för fallolyckor, trycksår och undernäring.

Kontinenshjälpmedel har utprovats individuellt av sjuksköterskor i samverkan med One Med och två av baspersonalen är utsedda till inkontinensombud. Kontinensombuden ansvarar för beställning av inkontinenshjälpmedel.

Processledaren för utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i region västerort har under juli månad genomfört stickprovsgranskning av 10 journaler. Processledaren har också utbildat hälso- och sjukvårdspersonalen i att själva regelbundet göra egenkontroller av dokumentationen.

Sjuksköterskorna på servicehuset bedriver uppsökande verksamhet genom att minst en gång per år besöka de boende som varken har hemtjänst eller hemsjukvård. Syftet är att upptäcka ej kända behov av hemsjukvård eller hemtjänst.

Läkaren från Legevisitten kommer en gång i veckan till servicehus och vård- och omsorgsboenden. I första hand gör han/hon hembesök istället för att ha mottagning. Sjuksköterskorna arbetar också ute i hemmen istället för mottagning med t.ex. omläggningar av sår. På så sätt förhindras onödig spridning av infektioner till andra boende.

Infektionsregistrering genomförs kontinuerligt i syfte att begränsa slentrianmässig antibiotikaanvändning. MAS tar del av registreringen för att kunna sätta in åtgärder i ett tidigt skede. Resultatet från registreringen för 2018 visar inget anmärkningsvärt gällande infektioner. Inget utbrott av magsjuka eller smittspridning av exempelvis MRSA har förekommit under året.

Verksamheterna har avtal med Vårdhygien. På både vård- och omsorgsboendena och servicehuset finns hygienombud utsedda. De ansvarar för att gällande hygienrutiner följs. All personal på Rinkeby vård- och omsorgsboende har även fått utbildning i hygienrutiner av Vårdhygiens sjuksköterska som ett led i att förhindra smittspridning. Under 2018 har en hygienrund genomförts på Kista servicehus.

En dietist finns att tillgå i arbetsteamet och kan konsulteras vid behov gällande individärenden. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har fått individuell handledning gällande enskilda boende med främst risk för undernäringssproblematik. För att öka kompetensen hos medarbetarna har dietisten under året haft flera utbildningstillfällen för vårdpersonal om nutrition. Nutritionsrutiner

---

finns och har uppdaterats och implementerats under året. Kostombud är utsedda med ansvar att kontinuerligt genomföra egenkontroller för att säkerställa korrekt förvaring och hantering av livsmedel. Att öka kunskapen kring mat och måltider hos baspersonalen är fortsatt ett prioriterat område under 2019.

### **Risakanalys**

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

*Enheterna har utarbetat rutiner för att arbeta riskförebyggande inom dessa områden.*

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Undernäring
- Informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Medicinteknisk utrustning

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador har regelbundna riskbedömningar genomförts vid enheterna. Alla äldre riskbedöms vid inflyttning till vård- och omsorgsboende och vid behov även servicehus. För att identifiera risker sker registreringar i Senior Alert. Förebyggande åtgärder sätts in när risker identifierats. Riskbedömningar görs även för behov av skyddsåtgärder både på individnivå och utifrån ett verksamhetsperspektiv. Åtgärder dokumenteras och följs upp i boendes journal. Vid inflyttning i särskilt boende görs även en bedömning av behov av inkontinenshjälpmedel, munhälso- och ADL-status

Verksamheten gör även risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser. Riskernas storlek bedöms utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande. Åtgärder vidtas och följs upp. Riskanalyser görs alltid vid följande händelser:

- Organisationsförändringar.
- Schemaförändringar.
- Införande av nya arbetsmetoder
- Införande av nya tekniska produkter.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

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

Ingen vårdskada har inträffat på vård- och omsorgsboendena eller servicehuset under 2018.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Det är av vikt att personalen har snabb tillgång till relevant information om de boende/patienterna som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Samtidigt måste risken att obehöriga får tillgång till informationen minimeras.

---

Risker för informationssäkerheten kan uppstå bland annat vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårddokumentation och att obehöriga får tillgång till sekretessmaterial

All dokumentation förvaras inlåst och i skydd från obehöriga. Rutinmässiga kontroller av åtkomst av dokumentation utförs regelbundet. Verksamheterna skriver avvikelser då annan vårdgivare inte följt överenskommelse gällande informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Egenkontroll

#### *Journalgranskning.*

MAS och MAR granskar fortlöpande under året hälso- och sjukvårdsdokumentation och ger återkoppling till verksamheten. Granskningen har visat att dokumentationen är ett fortsatt utvecklingsområde. Grundläggande information finns i de flesta fall men den röda tråden i dokumentationen behöver utvecklas. Processledaren för hälso- och sjukvårdsdokumentation i Västerort har granskat tio slumpmässigt uttagna journaler och resultatet visar behov av utökad samarbete mellan sjuksköterskorna och rehab.

#### *Läkemedel*

Alla boende har fått en genomgång av sina läkemedel av ansvarig läkare med symtomskattning utifrån Socialstyrelsens riktlinjer. På så sätt har det säkrats upp att den boende får rätt medicinering och att onödiga och felaktiga mediciner sätts ut.

En farmaceut från Apoteket har granskat läkemedelshanteringen på Kista servicehus med godkänt resultat. Några smärre uppdateringar har gjorts i enheternas lokala rutin för läkemedelshantering efter granskningen.

#### *Basal hygien*

Verksamheten kontrollerar regelbundet att personalen följer basala hygienrutiner i vårdarbetet. Fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner sker kontinuerligt. Infektionsstatistik förs och mäts regelbundet. En hygienrund har genomförts under året på Kista servicehus av Vårdhygien. Resultatet var godkänt till största delen men visar på att ytterligare kunskap inom området behövs. Under 2019 kommer baspersonalen på servicehuset att utbildas av en hygiensjuksköterska.

#### *Riskbedömning*

Riskbedömning på individnivå avseende risk för fall, nutrition, munhälsa och urininkontinens har genomförts vid inflyttning till särskilt boende och vid behov, som en del i det vårdpreventiva arbetet.

#### *Nutrition*

Nattfastemätningar har gjorts vid två tillfällen på Rinkeby vård- och omsorgsboende. Målvärdet är att nattfastan inte överskrider 11 timmar. Medelvärdet

---

låg på 10,5 timmar. En avdelning hade dock 12 timmars nattfasta. Signeringslista gällande näringsdryck har införts under året.

### **Avvikelser**

Nio stycken medicinavvikelser har inkommit under Fem av dessa handlade om läkemedelshantering. Tabletter som hittats på golvet och sängen, signeringslista som saknat signering hos boende. En boende med diabetes fick fel insulinsort vilket dock uppräckt och sjuksköterskan kontaktade ansvarig läkare.

En avvikelse handlade om informationsöverföring. En boende sändes till sjukhus utan att sjuksköterskan från Care Team (nattpatrull) informerade anhörig. Två avvikelser handlade om basala hygienrutiner, smutsig arbetsdräkt, och långärmad tröja i omvårdnadsarbetet.

En avvikelse gällde slutenvård. En patient skickades hem med kvarliggande intravenös infart som skulle ha tagits bort på sjukhuset.

Fallavvikelser på Kista service var 88 stycken. Av dessa fall ledde åtta stycken till frakturer och en till sårskada. Antal förebyggande fallriskbedömningar var tre stycken under året att jämföra med föregående år då de var 83 stycken.

Uppgiften om antal fall är ej säkerställd dels har antalet fall minskat från föregående år med 20 procent men antal frakturer pga. fall har ökat med 20 procent, dels stämmer inte de antal fallavvikelser som registrerats i avvikelsemodulen med registreringar i patientjournalerna. Enligt rutin ska MAR kontaktas vid skador av allvarigare karaktär och vid misstanke om vårdskada, vilket ej skett.

På Rinkeby vård- och omsorgsboende har det varit 7 fallavvikelser, en har lett till fraktur. Antal förebyggande fallriskbedömningar var en, att jämföra med föregående år då de var 14 stycken.

Under 2018 har ingen anmälan enligt lex Maria gjorts.

Inga ärenden har inkommit till patientnämnden 2018.

### **Klagomål och synpunkter**

Inga klagomål som direkt kan hänföras till hälso- och sjukvården har inkommit 2018.

### **Händelser och vårdskador**

Inga vårdskador eller allvarigare händelser har inträffat under året. Dock har fallriskbedömningarna ej genomförts enligt rutin och antal frakturer pga. fall har ökat på Kista servicehus. Det går dock inte att jämföra servicehuset med vård- och omsorgsboendet när det gäller riskbedömningar och fallprevention. Flera av de äldre på servicehuset har varken hemtjänst eller hemsjukvård och önskemål om att få insatser från ex hemtjänst finns inte heller från flera boenden.

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

---

Målet är att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens regi.

#### Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019

- Begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- Följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser och samverka med enhetschefer vid utredning av allvarliga händelser.
- Säkerställa att förutsättningar finns för följsamhet i basala hygienrutiner.
- Säkerställa att upprättade rutiner är kända för samtliga medarbetare.
- Följa utveckling av teamarbete.
- Ta fram statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister.