



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-21, Eva Barredal, enhetschef PR Vård LSS

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	9
Egenkontroll	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	10
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS.....	11
Egenkontroll	11
Avvikelse	13
Klagomål och synpunkter	14
Händelser och vårdskador	14
Riskanalys	14
Mål och strategier för kommande år	14
Vårdavvikelse PR Vård LSS tabell 1	16

Sammanfattning

- Mål med patientsäkerhetsarbetet har varit att med god kvalitet och på ett säkert sätt leverera hälso- och sjukvård för de patienter vi har ansvar.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2019 är bl.a. framtagande av lokala rutiner och implementering av dessa på boenden och dagverksamheter. PR Vård LSS har arbetat med att formalisera och utveckla samverkan med andra vårdgivare. Flera kompetensutvecklingsinsatser har genomförts.
- De viktigaste resultaten som uppnåtts rör goda relationer med de enheter vi ansvarar för med aktivt deltagande på personalmöten och olika patientärenden. Vi har infört löpande ronder med vissa vårdcentraler som leder till säkrare vård och bättre kommunikation.
- PR Vård kommer under 2020 att avsluta uppdraget inom LSS och socialpsykiatri, vi hoppas att våra insatser har skapat en god grund för nästa utförare av hälso- och sjukvård inom LSS och socialpsykiatriska boenden och dagvårdsverksamheter.

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.

Under 2019 har arbetet med övergripande mål och strategier pågått under en längre tid i syfte att se över och skapa ramar för PR Vårds nuvarande och framtida verksamhet, där patientsäkerhet är ett av de fyra bestående perspektiven. De andra tre är affärer, medarbetare och ständiga förbättringar.

Ledningsgrupperna på strategisk och operativ nivå har jobbat fram långsiktiga och kortsiktiga mål för verksamheten, där långsiktiga målen inom patientsäkerhet är som följer nedan:

Perspektiv	Långsiktiga (övergripande) mål
Patientsäkerhet	PR vård ska ge patienten säker och trygg vård med hög kontinuitet .
	Patienterna ska alltid uppleva gott bemötande .
	PR Vård ska vara och upplevas som tillgängliga för kontakt med kunder/patienter.
	Patientsäkerhetsarbete ska omfatta tydliga kommunikation och rapportering , arbetssätt och stöd.

	Alla medarbetare ska ha kunskap om gällande rutiner (baserade på lagar och förordningar), följa dessa och rapportera avvikelser (läkemedelshantering omedelbart).
	Alla medarbetare ska jobba riskförebyggande , dvs. vara medvetna om riskerna, förstå, bedöma och hantera riskerna i arbete (patient).
	Alla medarbetare ska omfattas av introduktions- och kompetensutvecklingsprogrammet anpassat efter roll/befattning.

Under året genomfördes planeringsdagar på enheterna med genomgång av företagets mål och resultatet från medarbetarenkäten.

Mål inom patientsäkerhet har koppling till resultat från tidigare år då PR Vård arbetar aktivt med resultatuppföljning och följer statistik för avvikelser som ger en indikation på vilka utmaningar som ligger inom målområden för patientsäkerhet och att det är dessa målområden som ständigt behöver vara i fokus och ständigt förbättras.

Under året har PR Vård även infört mätning och uppföljning av kundnöjdhet där målområden som tillgänglighet, gott bemötande, kommunikation och personalens kompetens mäts och följs upp. Mätningen har visat mycket goda resultat.

Strategiskt under året har PR Vård startat flera initiativ, projekt och aktiviteter för att nå målen. Exemplet är många inom de olika delarna av verksamheten, några av dem är telefonprojektet (tillgänglighet), olika typer av utbildningsinsatser för både klinisk och administrativ personal, införande av en central patientsäkerhetsgrupp, nattprojektet i flera faser, insatser kring att förenkla och förbättra våra rutiner, flera insatser för att förbättra planering och bemanning, en mängd aktiviteter för att anpassa våra system till att stötta verksamheten på bästa sätt och många fler.

Under året har PR Vård påbörjat ett långsiktigt arbete med att systematisera, strukturera, forma enhetliga arbetssätt där det skapar värde för patienter och medarbetare, styra och leda företaget utifrån kvalitetssäkrade statistiska underlag samt ständigt förbättra istället för att förändra. Vi har en lång resa framför oss och vi har varit lite för ambitiösa. Under 2020 behöver vi jobba mer fokuserat, i lugnare takt, ta "ett varv till" med allt nytt som har tillkommit och bli bättre på kommunikation och uppföljning.

Organisation och ansvar

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

VD:

- har det yttersta ansvaret för verksamheten i PR Vård Hemsjukvård. Detta omfattar såväl medicinskt som ekonomiskt ansvar.

Verksamhetschef:

- har befogenheter att inom ramarna för befintligt avtal, lagar och förordningar samt uppsatta resultatmål driva verksamheten.
- har ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården.
- tillser att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredsställande sätt.
- har ansvar för att det finns direktiv och instruktioner som verksamheten kräver och att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata utbildningsinsatser.
- ansvarar för att företagets Kvalitets- och Miljöledningssystem följs och anpassas till de lokala förutsättningarna.

Kvalitetschef:

- har ansvaret för att säkerställa att kvalitetsledningssystemets processer upprättas, införs och underhålls.
- har ansvaret för att rapportera till företagsledningen om kvalitetsledningssystemets funktion och behov av förbättring.
- säkerställa att organisationen känner till aktuella lagkrav.

Enhetschef:

- har ansvaret att samordna vårdtagarnas behov av hälso- och sjukvård och att patienter blir tillgodosedda rätt medicinsk insats.
- har ansvar för att fullfölja de medicinska ledningsuppgifter som fördelats från verksamhetschef.
- har det övergripande ansvaret att på respektive enhet upprätta arbetsrutiner som till det yttersta säkerställer patientsäkerheten och ger grund för ett målmedvetet och strukturerat kvalitetsarbete.
- ansvarar för ett kontinuerligt informationsutbyte och god samverkan med uppdragsgivare, samverkanspartners och vårdgrannar.
- har det övergripande ansvaret för lokal, inventarier och utrustning på respektive enhet.
- har det övergripande personalansvaret för all anställd personal på respektive enhet.
- har det övergripande ansvaret för egenkontroller på enheterna.

Samordnande sjuksköterska:

- deltar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet på olika sätt, antingen som internrevisorer, deltagare i patientsäkerhetsgruppen, dokumentationsansvariga, handläggare och utredare av avvikelser etc.
- har ansvaret att samordna patienternas behov av hälso- och sjukvård och att patienter blir tillgodosedda rätt medicinsk insats vid rätt tidpunkt.

Medarbetare:

- aktivt medverka i verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- följa verksamhetens rutiner och policys.
- rapportera eventuella risker, avvikelser och tillbud.

Vid störningar i verksamheten ska patientsäkerhet, kvalitet och miljö prioriteras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under året har samverkan pågått med de boenden och dagvårdsverksamheter som patienter vistas på samt vårdcentraler som patienter är listade på. Samverkan omfattar bl.a:

- Rapportering av patient
- Riskbedömning inför inskrivning
- Bekräftelse på mottagande av information
- Meddelande vid patientförändring
- Utskrivning av patient från PR Vård
- Läkemedelshantering (flera delar)
- Sjukvårdsmaterial/hjälpmiddel hemma hos patient
- Hantering av stickande/skärande/smittförande avfall
- Vård i livets slut
- Vårdplanering
- Handläggning vid dödsfall
- Avvikelsehantering
- Gemensamma ronder

PR Vård LSS samverkar även med följande aktörer: kommuner/stadsdelar, psykiatri och andra medicinska specialiteter samt sjukhus vid vårdtillfällen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När patienter skrivs in i PR Vård LSS överlämnas ett informationsblad om verksamheten med telefonnummer till tjänstgörande sjuksköterska som patienten kan lämna sina synpunkter och klagomål till. Vid första besöket görs en kartläggning av patientens behov.

En riskbedömning genomförs ur patientsäkerhetssynpunkt utifrån en fastställd mall för att identifiera risker kopplade bl.a. till läkemedelshantering, material/utrustning, kontaktuppgifter, säkerhet etc.

Patienter har alltid möjlighet att påverka den vård de får. Ett arbete som är fortgående är att alltid göra patienter delaktiga i avvikelshantering. Det innebär att alltid prata med berörd patient om det som har inträffat, och i möjligaste mån se om patienten kan se orsaker eller lösningar på vissa problem, samt att återkoppla de åtgärder som har vidtagits.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Medarbetare rapporterar avvikelser (risk, tillbud och negativa händelser) i avvikelshanteringssystemet Flexite som stödjer alla steg i processen för avvikelshantering. Avvikelser kan rapporteras av alla medarbetare och tas emot av en ansvarig på enheterna. Enhetschefer och samordnande sjuksköterskor ansvarar för att analysera avvikelserna, föreslå/vidta åtgärder och genomföra en uppföljning för att säkerställa att åtgärderna har haft en avsedd effekt.

Den som har rapporterat in avvikelserna får återkoppling varje gång status på avvikelserna ändras, via e-post. Påminnelser skickas till ansvariga för att analys, åtgärder och uppföljning ska ske inom avsatt tid. Månadsrapport om avvikelser för föregående månad skickas ut till alla ansvariga enhetschefer med en sammanställning och en detaljerad lista med avvikelser.

Avvikelser finns alltid med som punkt på APT inom verksamheten. Utbildning i avvikelshantering är en återkommande utbildning för all klinisk personal där rapporteringsskyldighet tas upp som en punkt. Utbildning i avvikelshanteringssystemet finns tillgänglig som en inspelad film för alla att se.

Inom LSS och socialpsykiatri är avvikelshantering komplex då insatserna sker i en annan verksamhet och det finns en betydande beroende av att styrning och ledning på boenden och dagverksamheter fungerar. PR Vård LSS har en kontinuerlig dialog med boenden, dagverksamheter, verksamhetschefer och MAS-ar i berörda kommuner. Många avvikelser rör samverkan med andra vårdgivare där är informationsöverföring en utmaning. För att minimera risker, tillbud och avvikelser har mycket tid lagts på att skapa och vidmakthålla konstruktiv och prestigelös dialog med alla berörda.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer in hanteras av enhetschefen och skrivs in i PR Vårds avvikelssystem Flexite. En bekräftelse på att avvikelserna har mottagit kommuniceras till berörd part.

Klagomål som kommer från IVO eller PaN, hanteras av kvalitetsadministratör på PR Vård och skrivs in i PR Vårds avvikelssystem Flexite, samt i en registerförteckning för IVO och PaN.

Därefter informeras berörd enhet, med datum när svar till berörd instans ska återges. Enhetschef gör vid behov en händelseanalys. Om IVO/PaN begär mer underlag i ärendet från PR Vård, samlas det ihop av kvalitetsadministratören och skickas till IVO och/eller svar till PaN.

Samtliga steg i processen skrivs ner i registerförteckningen, och finns beskrivna av interna Handboken Patientsäkerhet.

Under 2019 har det inte kommit in några ärenden från IVO eller PaN gällande LSS.

Egenkontroll

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

PR Vård har genomfört de olika typerna av egenkontroller under året enligt nedan:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Riskbedömning hemma hos patient/i boendet	Första besöket efter inskrivning	Riskbedömning och uppföljande riskbedömningar (tre veckor, därefter en gång om året)
Basala hygienrutiner och klädregler (hygienmätning)	Kontinuerligt	I samband med delegeringar på boenden och dagverksamhet
Kompetenstest (delegering, bl.a. Im-listor)	Kontinuerligt	I samband med delegeringar på boenden och dagverksamhet
Avvikelser	Minst 1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Lagefterlevnadskontroll	2 gånger per år	Lagportalen/lagdatabasen, internrevisionsrapport
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Ledningens genomgång	1 gång per år	Protokoll
Internrevisioner	1 gång per år	Rapport

Kvalitetsgranskning av Im-hantering av Apoteket AB	1 gång per år	Rapporter
--	---------------	-----------

Positiva resultat både från internrevisionen och Kvalitetsgranskning av Im-hantering av Apoteket AB.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2019 har flera sjuksköterskor genomgått utbildning i säker hantering av läkemedel. Flera andra kompetensutvecklingsinsatser har gjorts, t.ex. relevanta föreläsningar.

Åtgärden som vi har lagt mest tid på är att skapa och vidmakthålla goda relationer med de enheter vi ansvarar för samt med andra aktörer. Vi har infört löpande ronder med vissa vårdcentraler som leder till säkrare vård och bättre kommunikation.

Risikanalys

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

En riskanalys inför ett avslut av LSS uppdragen 2020-04-30 har genomförts och en plan för hantering av riskerna samt en plan för avveckling har tagits fram.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Inga vårdskador har föranlett vidare utredning under 2019.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

1. När det gäller uppföljningar av informationssäkerhet, har PR Vård sett över både sina rutiner, fysisk säkerhet och informationssäkerhet. Rutin Säkerhet och informationssäkerhet har tagits fram och all administrativ personal har fått en genomgång av eget ansvar och arbetssätt för att skydda patientdata, personuppgifter samt informationstillgångar som kan innehålla dessa.

2. Riskanalyser har gjorts inom fysisk säkerhet efter incidenter med obehörigas tillträde. Tekniska säkerhetsåtgärder har vidtagits enligt det så var praktiskt genomförbart och ekonomiskt möjligt. Kommunikation om riskerna och åtgärderna har gått ut till medarbetarna.

3. Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten är dels nya rutiner för Skyddad identitet, Arkivering och gallring, Journalgranskning, Nyckelhantering, samt för arbete i våra system som innehåller patientdata och personuppgifter. I och med att vi har skapat en förteckning för behandling av personuppgifter, har vi fått bättre förståelse för och kontroll över vilka personuppgifter som vi behandlar och vilka regler för arkivering och gallring som gäller för dessa.

4. När det gäller utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem, görs detta i samarbete med vår IT leverantör som vi har stärkt samarbetet med under året. Vi har bl.a. infört IT-rådet med ledningens representanter från PR Vård och IT leverantören där både strategiska och operativa frågor rörande IT-miljö, säkerhet och informationssäkerhet tas upp. Vi har även ställt krav på kvartalsredovisningar av bl.a. risker samt eventuella incidenter rörande säkerhet och informationssäkerhet, som har påbörjats. Vi har också deltagit i projektet för ökad informationssäkerhet som bedrivs av Region Stockholm genom att öppet svara på frågor och utmaningar inom detta område under en intervju 2019-11-22.

5. Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genomförs enligt rutinen och mallen för journalgranskning.

Journalgranskning sker strukturerat, i slumpmässigt valda patientjournaler där gruppen som består av både sjuksköterskor och undersköterskor (fyra till sex personer) tillsammans tittar igenom varje journal och granskar dess innehåll för att identifiera förbättringsområden och säkra dokumentation. Dokumentationssansvarig, utsedd av enhetschefen på varje enhet med det övergripande ansvaret för journalgranskning, sammankallar granskningsgruppen. Journalgranskning genomförs 2 gånger årligen på varje enhet.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Trygg vård och hög kontinuitet	Patienter ska inte drabbas av undvikbara vårdskador.	Samverkan med alla aktörer runt patienten.	Mycket bra samarbete med Nacka kommun. Det har även blivit tätare och förbättrad kommunikation med Täby kommun och andra mindre aktörer.	Det finns väldigt många aktörer runt patient och detta försvårar samverkan och ställer mycket höga krav på alla inblandade.

Gott bemötande	Alla avvikelser rörande bemötande ska utredas och kommuniceras till medarbetare.	Inom LSS har bemötande inte varit ett problem. Personalen är mycket uppskattade av patienterna och personal på boenden och dagverksamheter.	-	-
Tillgänglighet	Målen för Telefoniprojektet ska vara uppfyllda – ”Ett nummer in”.	Starta och genomföra Telefoniprojektet med ett nytt växelsystem och ny leverantör.	Projektet genomfördes och avslutades med uppfyllda mål. Några störningar fanns vid övergången till en ny växel som alla åtgärdades.	Många lärdomar från projektet, bl.a. behov av en förvaltningsorganisation för telefoni, bättre samordning och kommunikation med andra pågående projekt, bättre stöd för projektet.
Tydlig kommunikations och rapportering	SBAR-struktur för kommunikation ska införas 2020.	Projektet har inte påbörjats än.	-	-
Efterlevnad av rutiner samt rapportering av avvikelser	Rutiner ska tas fram, godkännas och implementeras enligt en fastställd process Dokumentstyrning. Avvikelser ska rapporteras, analyseras, åtgärdas samt användas till förbättringar enligt en fastställd process Avvikelser.	Se över och förbättra processerna. Starta en remissgrupp med representanter från flera delar av verksamheten som säkerställer att rutiner uppdateras systematiskt och kan praktiskt fungera i verksamheten. Starta en central patientsäkerhetsgrupp med representanter från flera delar av verksamheten som föreslår och genomför förbättringar inom prioriterade områden enligt beslut från operativa ledningsgruppen, utifrån analys av PR	Båda processerna: Dokumentstyrning och Avvikelser har setts över och uppdaterats enligt målet. Båda grupperna, där både enhetsledare/samordnande sjuksköterskor och undersköterskor samt kvalitetsfunktionen ingår, har startats upp. Fokus inom ptsäkgruppen, efter analys av avvikelserna, har riktats på läkemedelshandling, som kommer att bibehållas under 2020. Beslut om att införa ett nytt modernare och anpassat efter behov	Påbörjade arbetet för att skapa förutsättningar för medarbetare att följa rutiner och rapportera avvikelser behöver fortsätta under 2020. Uppföljning av båda processerna och gruppernas arbete (Remiss och Ptsäk) behöver stärkas. Kommunikationen om nya och uppdaterade rutiner behöver strikt följa processen Dokumentstyrning.

		vårds totala avvikelser.	avvikelsehanteringsystemet tagits. Enheterna har aktivt arbetat inom båda processerna.	
Aktivt riskförebyggande	All klinisk personal ska vara utbildade i riskhantering.	Vi har inte genomfört en specifik utbildning i riskhantering under året. Flera andra utbildningar har fått prioriteras, bl.a. i avvikelsehantering, där identifiering och rapportering av risker ingår.	-	-
Introduktion och kompetensutveckling	Kompetensutvecklingsinsatser ska vara planerade, genomförda, registrerade och rapporterade enligt en fastställd process.	Vi har jobbat med att se över och fastställa båda processerna: Introduktion och Kompetensutveckling. Utbildningar för klinisk personal har, som alltid, planerats, genomförts och rapporterats. Flera utbildningar för administrativ personal genomfördes utöver planen, enligt behoven, bl.a. projektledning, säkerhet/informationssäkerhet, arbetsrätt.	Mätning av resultat görs under 2020.	Vi har fortfarande utmaningar inom Introduktion pga. organisatoriska och strukturella hinder där hantering av användarkonto och behörigheter till alla system för bl.a. nyanställda behöver nya lösningar. Detta är planerat för åtgärd februari 2020.

Avvikelser

Se tabell 1 längst ner i dokumentet.

Avvikelser inom LSS rör till stor del samverkan med boenden, dagverksamheter och andra vårdgivare. Det är huvudsakligen brister i kommunikation och informationsöverföring. En svårighet på boenden är att all personal ej är

närvarande samtidigt och därför inte nås av samma information. Detta gör att det är svårt för dem att följa rutiner, exempelvis vid användning av hjälpmedel.

En annan svårighet är att andra vårdgivare inte meddelar PR Vård LSS vid utskrivning, ändrade läkemedel etc. De rapporterar till medföljande personal eller anhöriga som inte är sjukvårdsutbildade som gör det till en patientsäkerhetsfråga. Flera brev har skickats från PR Vård LSS till vårdinrättningar för att belysa problematiken.

Många avvikelser rör läkemedelshantering, uteblivet överlämnande av läkemedel är sannolikt kraftigt underrapporterat.

En allvarlig kategori av avvikelser är att läkare ändrar ordinationer i TakeCare journal men inte i Pascal.

Ska man i framtiden satsa på säkrare vård, ska man se till att framtida av hälso- och sjukvårds utförare inom LSS har tillgång till TakeCare.

Klagomål och synpunkter

Under 2019 har det inte kommit in några ärenden från IVO eller PaN gällande LSS.

Händelser och vårdskador

Inga vårdskador har föranlett vidare utredning under 2019.

Risikanalys

Ska man i framtiden satsa på säkrare vård, ska man se till att framtida av hälso- och sjukvårds utförare inom LSS har tillgång till TakeCare. Läkemedelsordination i olika system är en mycket stor risk för patientsäkerhet.

Mål och strategier för kommande år

Mål och strategier inom patientsäkerhet under 2020 är att avveckla PR Vårds LSS verksamhet under kontrollerade former, med minsta möjliga negativa påverkan på patienter samt övriga berörda.

Vårdavvikelser PR Vård LSS tabell 1

	Period 2019-01-01 - 2019-12-31	Antal reg	Summa
Primo DV (Nacka)	2	2	2
Resedan (Täby kommun)	12	12	12
Resursteamet (Nacka)	2	2	2
Rodret (Nacka)	3	3	3
Rudsjövägen (Nacka)	6	6	6
Skapa DV (Nacka)	1	1	1
Skymningsvägen (Nacka)	10	10	10
Solsidevägen (Nacka)	34	34	34
Studion DV (Nacka)	3	3	3
Tellusvägen (Nacka)	7	7	7
Torpängsvägen (Täby kommun)	4	4	4
Vallatorp (Täby kommun)	8	8	8
Vallatorps serviceboende (Täby kommun)	5	5	5
Vattensverksvägen (Nacka)	4	4	4
Antal reg	357	357	-
Summa	357	-	357

