

---

**carema** care

# Patientsäkerhetsberättelse för Kristallgården

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-18

Charlotta Nilsson,  
verksamhetschef

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

---

## Innehållsförteckning

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning                                                                                       | 3  |
| Övergripande mål och strategier                                                                      | 4  |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet                                                   | 4  |
| Struktur för uppföljning/utvärdering                                                                 | 5  |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 6  |
| Uppföljning genom egenkontroll                                                                       | 7  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador                                                               | 7  |
| Riskanalys                                                                                           | 8  |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet                                              | 9  |
| Hantering av klagomål och synpunkter                                                                 | 9  |
| Sammanställning och analys                                                                           | 10 |
| Samverkan med patienter och närstående                                                               | 10 |
| Resultat                                                                                             | 11 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år                                                      | 12 |

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

---

## Sammanfattning

Carema Care tog över Kristallgården (fd Älvsjö Sjukhem) 1/10 2010. Den 30/4 2011 valde 5 av 9 sjuksköterskor att "gå tillbaka" till Stockholm Stad efter ett halvårs tjänstledighet därifrån och en av sjuksköterskorna fick en ny funktion på enheten. Ny HSL-personal rekryterades och dessa tillträdde sina tjänster under slutet av juli och början av augusti 2011.

HSL-personalen har under hösten fått utbildning i avvikelshanteringen, både i VODOK och Qualimax. Vi har under hösten infört regelbundna teammöten. Vi har startat upp ett Kvalitetsråd, där HSL-personal finns med som representant. Leg. personal utför bedömningar med hjälp av de vedertagna instrument som finns avseende risk för fall, risk för undernäring och risk för sår. Leg. personal utför också bedömningar gällande munhälsa, inkontinens, ADL, förflyttningar och hjälpmedelsbehov. Utifrån resultat av bedömningar upprättas omvårdnads- och rehabiliteringsplaner som sedan följs upp kontinuerligt.

Vi har deltagit i PPM ang. trycksår och kvalitetsuppföljningar avseende HSL, både internt och externt.

Kunder och närstående erbjuds ankomstsamtal och därefter uppföljande vårdplaneringar 2ggr/år.

Vi har ett gott samarbete med våra läkare från TryggHälsa.

Närstående inbjuds till Närståendeträffar 2 ggr/år och kvartalsbrev skickas ut 4gg/år. Närstående är informerade om vår klagomåls- och synpunktsblankett.

Inkomna klagomål utreds snarast.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är Carema Cares ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Carema Cares ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Carema Care ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Målet för 2011 var att initiera och komma igång med arbetet i Qualimax och påbörja processen inför ISO-certificering. Målet var också att implementera CaremaCares värderingar och ”Den Goda Dagen” hos alla medarbetare. Vi har upprättat lokala rutiner för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet bl a rutin för avvikelshantering.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD på Carema Care har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets- miljö och arbetsmiljörelaterade åtgärder inom regionen.

I de fall Carema Care har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar Carema Cares MAS för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När kommunen har uppdraget att inneha MAS funktion efterlevs kommunens riktlinjer. Där Carema Care inte har MAS funktionen är det företags kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitetsarbete.

---

MAS upprättar och utvärderar kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och målfyllelse fortlöpande utvärderas.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Carema Cares rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet har befogenhet att besluta om kvalitetshöjande åtgärder.

På Kristallgården har vi under 2011 upprättat ett Kvalitetsråd bestående av representanter från alla yrkeskategorier som är verksamma på enheten. Kvalitetsrådet leds av verksamhetschefen. Kvalitetsrådet ska träffas varje månad. Till agendan läggs de avvikelser, synpunkter, klagomål och förbättringsförslag som kommit in under föregående månad och är av sådan karaktär att de behöver åtgärdas för att förbättra enhetens kvalitet.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas dock minst två gånger/år.

---

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

MAS har under 2011 reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

MAS/kvalitetsutvecklare har under året tydliggjort vikten av tidig rapportering vid eventuell risk för vårdskada för att påbörja snabb utredning och upprätta krav på åtgärder och tidsplan.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under 2011 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Legitimerad personal har under 2011 vidare utbildats i ett preventivt förhållningssätt och där arbetssättet innebär att hela teamets kompetens tillvaratas.

Under 2011 har Carema Care beslutat att samtliga enheter ska delta i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

Det har även fattats beslut om att samtliga enheter ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret.

På Kristallgården har vi deltagit i PPM-studie v12 (trycksår), Stockholm Stads MAS:ars Kartläggning av hälso-och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer inom särskilda boendeformer för äldre v 41. En sjuksköterska har deltagit vid en utbildning i sårvård/nutrition. Vi har anmält Kristallgården som verksamhet till Palliativa Regsitret. Vi har haft hygienrund, och uppföljning av hygienrunder. HSL-personal har utbildats i avvikelsemodulen i VODOK och Qualimax. Alla övriga medarbetare har vid flera tillfällen erhållit utbildning av hygien-sköterska i Basala hygienrutiner.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2011, maj och november.

Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare. Frågorna besvaras i Q-maxit, Carema Cares IT-stöd för ledningssystemet Qualimax.

Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Utifrån egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i Förbättringsloggen i Q-maxit. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför kvalitetstillsyn.

Kvalitetstillsyn genomförs årligen av MAS/kvalitetsutvecklaren. Kvalitetstillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

Under 2011 har metoden och verktyget för egenkontroll och kvalitetstillsyn utvecklats och kvalitetssäkrats av kvalitetsavdelningen.

På Kristallgården gjordes ingen egenkontroll i maj. Kvalitetstillsyn av Caremas MAS gjordes i början av december och förbättringsförslagen har diskuterats vid Ledningsgrupp, förslagen förs in i Förbättringsloggen och ska diskuteras/åtgärdas i Kvalitetsråd, APT och Ledningsgrupp.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

Under 2011 har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Kristallgården ansvarar TryggHälsa för läkarinsatserna och ”vår” läkare, Omid Heydari, har kommit på fasta tider 2 ggr/vecka samt vid behov. Under jourtid anlitar vi Jourläkarbilarna.

---

## Samverkan med uppdragsgivare

MAS/kvalitetsutvecklaren har under 2011 haft regelbundna samverkansmöten med uppdragsgivarens MAS då man följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Kristallgården har vi en fungerande samverkan med Älvsjö Stadsdel, vår uppdragsgivare. Vi har regelbundna möten med stadsdelens äldreomsorgschef, vi har varit och svarat på äldrevårdsinspektörernas synpunkter inför politikerna, efter tillsyn av vårt korttidsboende. Allvarliga klagomål har direkt redovisats för stadsdelen. – dels då de kommit in och dels utredningar av desamma. MAS från ÄlvsjöStadsdel har varit och gjort en avtalsuppföljning. MAS från stadsdelen har också deltagit vid närståendeträff.

## Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

På Kristallgården erbjuder vi nyinflyttad kund ett välkomstsamtal. Här deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktman, kund och ev. närstående. Uppföljningssamtal sker 2 ggr/år samt omgående om förändringar i tillståndet så kräver.

Vi har sedan hösten 2011 Teammöte 2ggr/månad – här deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal, rehabpersonal och gruppchef. På teammötena diskuteras kundens aktuella ADL-status, behov av hjälpmedel och hälso- och sjukvårdsinsatser. Nya vårdplaner upprättas om behov identifierats.

## Risakanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

På Kristallgården utförs riskbedömningar av HSL-personal avseende trycksår, nutrition och fall. ADL, förflyttningar och behov av ev. hjälpmedel bedöms och utreds av paramedicinsk personal. Utifrån dessa bedömningar upprättas vårdplaner.

Alla medarbetare har genomgått utbildning i Livsmedelshygien och Egenkontrollpärm för Livsmedelshygien finns. Miljöförvatningen, StockholmStad, har varit på inspektion.

En av sjuksköterskorna är ansvarig för att rutiner och kontroller av medicin-tekniska produkter finns/utförs.

---

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Alla medarbetare har kunskap om hur Carema Cares rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvariga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

På Kristallgården har HSL-personalen under hösten utbildats i hur avvikelser registreras både i Qualimax och VODOK. HSL-avvikelser har diskuterats och återkopplats på sjuksköterskemöten, teammöten och APT.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

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

Alla medarbetare har kunskap om Carema Cares hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part.

Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarigt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

På Kristallgården informeras kund och närstående redan vid inflyttning om vår Klagomåls- och synpunktshantering. Blanketten för synpunkter/klagomål finns i det Informationsmaterial som kunden erhåller vid inflyttning, i Närståendepärmen och ligger framme väl synligt vid vårt ”informationsbord”, på detta bord finns också informationsmaterial om Patientnämnden och Socialstyrelsen. Alla klagomål/synpunkter registreras från hösten 2011 i Qualimax, även positiva synpunkter registreras. Även klagomål/synpunkter inkommet muntligt, via mail eller vanlig post registreras. Information om Klagomåls-synpunktsblanketten ges och via Kvartalsbreven som skickas till närstående. Inkomna synpunkter/klagomål utreds och återkopplas till berörda.

---

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

På Kristallgården analyseras inkomna klagomål/synpunkter på Gruppchefsmöte eller Kvalitetsråd. Analys och resultat (åtgärder) redovisas på APT. Allvarliga klagomål utreds av MAS inom CaremaCare.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

### **Samverkan med patient och närstående**

Carema Care har etablerad samverkan med pensionärsorganisationer samt andra intresseorganisationer.

Carema Care arbetar med närståenderåd på varje verksamhet. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar. För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående.

Carema Cares kundvägledare har till och med 31 oktober funnits tillgänglig för råd och stöd.

Den 1 november 2011 inrättade Carema Care funktionen kundombudsman. Kundombudsmannen är tillgänglig och tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från våra verksamheter.

På Kristallgården har vi erbjudit vårdplaneringssamtal till kund och om de så önskar närvaro av närstående. Närståendeträffar har hållits vid två tillfällen under året. Vid dessa träffar och i Kvartalsbrev informerar vi om att vi önskar starta ett Närståenderåd. Både StockholmStad och CaremaCare genomför 1 g/år kund – och närståendeundersökning.

---

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kristallgårdens resultat :

| Frågeställning                                                                   | Kategori               | Antal /år           | 2010                | 2011 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------|
| Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.                          | HSL – och omv.personal | 60                  | -----               | 40   |
| Antal genomförda utbildningar med hygien-sköterska – Basala hygienrutiner        | Omv-personal           | 50                  | -----               | 45   |
| Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal<br>Enligt gällande check-lista | HSL                    | 48                  | -----               | 42   |
| Antal kunder med risk för trycksår                                               | Mätdatum 11/11-2011    | 48<br>(perm.boende) | -----               | 16   |
| Antal kunder med risk för undernäring eller undernäring                          | Mätdatum 11/11-2011    | 48<br>(perm.boende) | -----               | 19   |
| Antal kunder med risk för fall                                                   | Mätdatum 11/11-2011    | 48<br>(perm.boende) | -----               | 16   |
| Antal Lex Maria anmälningar under året.                                          | -----                  | -----               | 0<br>From 1/10-2010 | 1    |

Under 2011 har alla medarbetare genomgått någon form av utbildning i basala hygienrutiner och vid flera tillfällen har hygiensjuksköterskan och Caremas MAS varit på plats, för att stötta och se över följsamheten av basala hygienrutiner

---

#### Antal avvikelser tagna från Qualimax

| Frågeställning                       | 2010 | 2011 |
|--------------------------------------|------|------|
| <b>Läkemedel</b>                     |      |      |
| Utebliven dos                        |      | 5    |
| Dubbel dos                           |      | 2    |
| Felaktigt iordningsställande         |      | 0    |
| Förväxling                           |      | 5    |
| Utebliven signering                  |      | 0    |
| <b>Fall</b>                          |      |      |
| Fall i verksamheten                  |      | 35   |
| Frakturer pga fall (räknas manuellt) |      | 3    |
| <b>Synpunkter och klagomål</b>       |      |      |
| Synpunkter och klagomål              |      | 11   |
| Varav positiva inom parantes         |      | (5)  |
| <b>Trycksår</b>                      |      |      |
| Trycksår uppkomna inom verksamheten  |      | 0    |

## Övergripande mål och strategier för kommande år

From 1/1 2012 ska alla avlidna registreras i Palliativa Registret.  
From 1/1 2012 dokumenteras även HSL-avvikelser i VODOK.

Kristallgården kommer att fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten och därmed också patientsäkerheten. ISO-certifiering kommer att ske. Kompetensutveckling för alla medarbetar är inplanerat på olika områden i hälso- och sjukvården

Mål för 2012 är också att verksamheten har åter genomgång av avvikelseprocessen, vad en avvikelse är, varför den skrivs, bearbetningen och uppföljningen