

**carema care**

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-01-10 Linda Wetterberg  
verksamhetschef Linnégården

---

*Mallen är anpassad av Carema Care utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall*

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Sammanställning och analys	13
Samverkan med patienter och närstående	14
Resultat	15
Övergripande mål och strategier för kommande år	16

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

Under 2012 har ett omfattande Kvalitetsarbete utförts på Linnégården. För att uppnå bättre struktur i arbetet samt förtydliga roller och ansvar på enheten har vi skapat lokala rutiner inom HSL och SoL och implementerat dessa i verksamheten. Mötesstrukturen är nu tydlig för alla medarbetare och mötesforum såsom Kvalitetsråd, Teammöte, sjuksköterskemöten samt möten för hela HSL-gruppen hålls regelbundet och protokoll skrivs.

Vårt arbete i kvalitetsledningssystemet har implementerats i hela organisationen och nu kan samtliga medarbetare gå direkt in i systemet och upprätta avvikelser. Ansvar för uppföljningen av de olika avvikelserna är tydliggjort och väl implementerat i organisationen. Kvalitetsrådets funktion och arbete har utvecklats och är nu det mötesforum där besluten tas om hur vi ska arbeta på Linnégården för att följa de lagkrav och riktlinjer som åligger oss att följa. Vi har utifrån Carema cares Kvalitetsmål skapat egna lokala kvalitetsmål. Vid inträffade händelser upprättas avvikelser och det sker en direkt uppföljning av dessa. Synpunkter och klagomål tas emot och dokumenteras och vi följer upp och återkopplar omgående till de boende, närstående och uppdragsgivare. Antalet upprättade avvikelser är fler jmf med 2011 men detta tolkar vi som en konsekvens av att alla medarbetare nu har mer kunskap och arbetar mer aktivt med avvikelshanteringen. I december 2012 blev Linnégården ISO-certifierad i Kvalitet, detta som ett bevis på att vi har ett strukturerat och levande kvalitetsarbete.

MAS har gjort tillsyn i maj och uppföljning av tillsynen i november. Enligt rapporten från uppföljningen i november kan MAS konstatera att så gott som samtliga brister som noterades i maj var åtgärdade och att kvalitetsarbetet och därmed också patientsäkerheten har förbättrats betydligt. Samma resultat visar också egenkontrollen som utfördes i maj och i november.

För att ge närstående större möjlighet till insyn och att involveras i verksamheten har vi ett förtroenderåd med närståenderepresentanter som haft 4 möten under året. För att förbättra och utveckla dokumentationen har samtliga sjuksköterskor erbjudits utbildning i dokumentation. Under hösten har vi haft utbildning i demens för all personal i stiftelsen Silviahemmets regi. Denna utbildningssatsning kommer att fortgå under 2013 med målsättning att Linnégården ska erhålla en Silviacertifiering hösten 2013. Under hösten 2012 har personalen på Linnégården också givits möjlighet att delta i utbildning i Hot&våld.

Ledningsorganisationen har förtydligats under 2012 och är nu mycket välfungerande. Ansvar och roller har utvecklats och en bra kommunikation och ett väl fungerande samarbete föreligger mellan Hälso- och sjukvårds-personal och omvårdnadspersonal vilket är en förutsättning för god patientsäkerhet.

---

## 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.

Alla medarbetare i Carema ska känna till Carema cares Kvalitetspolicy och Kvalitetsmål och dessa har därför tagits upp på APT och Kvalitetsråd på Linnégården. Kvalitetsrådet har sedan upprättat och tagit beslut om egna lokala kvalitetsmål utifrån Caremas centrala mål. Exempel på lokala kvalitetsmål är hur många avvikelser som minst ska upprättas på enheten varje månad (30 st) samt tidsram för upprättande, uppföljning och avslutande av avvikelse (1 vecka). Vår målsättning under året har också varit att skapa bättre struktur för vårt kvalitetsarbete och förtydliga ansvar och roller för samtliga yrkeskategorier. Detta har gjorts genom att Kvalitetsrådet tagit beslut om ett 20-tal lokala rutiner för verksamheten. Arbetet med att upprätta och revidera lokala rutiner fortgår kontinuerligt. Med målsättning att förbättra läkemedelshandlingen har en omfattande genomgång gjorts av Apoteket Pharmaci och så gott som alla brister som noterades är nu åtgärdade såsom ex. kontroll av personbunden narkotika, rutin för kassation, den lokala läkemedelsrutinen förtydligad och bättre belysning i läkemedelsrum. Målsättningen för 2012 har också varit att alla medarbetare ska ha kunskap om hur man ska använda kvalitetsledningssystemet Qualimax och kunna upprätta avvikelser direkt i systemet. Teammötet är ett centralt forum för att säkerställa en god patientsäkerhet. Under 2012 har målsättningen varit att alla enheter på Linnégården ska genomföra teammöten varje vecka och alla medarbetare ska ha god kännedom om syftet med teammöte och tillvägagångssätt. Lokal rutin för teammöte har upprättats innehållande syfte och agenda. På teammöten följs de avvikelser upp som inträffat på enheten under veckan och teamet diskuterar och beslutar om åtgärder. Under 2012 har ett stort arbete lagts ned på att tydliggöra ansvar och roller mellan sjuksköterskor och enhetschefer (som ansvarar för omvårdnadspersonalen). Flera lokala rutiner har skapats som ett led i detta arbete som ex mottagande av ny boende, kontroll och utlämnande av larm och lokal rutin för välkomstsamtal.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### **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 företagets 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 måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Linnégården består av 6 enheter och vardera enhet har sin omvårdnadsansvariga sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för sin enhet att riskbedömningar blir utförda, att omvårdnadsåtgärder utförs och att utvärdering av åtgärderna genomförs kontinuerligt. Sjuksköterskan ansvarar också för att de läkemedelsavvikelse som inträffar följs upp och vid behov åtgärdas. Sjuksköterskan är ansvarig för hälso- och sjukvårdssatserna på enheten, allt övrigt som rör den boende på enheten ansvarar

---

respektive enhetschef för. Samordnande sjuksköterska på Linnégården upprättar och implementerar rutiner inom HSL enligt direktiv från MAS. Samordnande sjuksköterska håller sjuksköterskemöte 1 gång/vecka.

Verksamhetschef följer upp att arbetet följs enligt MAS direktiv genom en checklista som samordnande sjuksköterska inlämnar varje månad.

Verksamhetschefen deltar vid sjuksköterskemöten samt leder HSL-möten 1 gång i månaden där förutom sjuksköterskor även arbetsterapeut och sjukgymnast deltar. Verksamhetschefen har möten med rehabgruppen när behov uppkommer, ungefär 1 gång/månad.

Verksamhetschef och/el enhetschef har deltagit vid teammöten under 2012 för att säkerställa att dessa utförs enligt lokal rutin för teammöten.

Samtliga mötesforum på Linnégården protokollförs. På Linnégården har under 2012 skapats en gemensam mapp digitalt. Detta möjliggör för alla medarbetare att via datorn enkelt ta del av protokoll, lokala rutiner och andra gemensamma dokument som används i verksamheten.

För att öka kunskapen om avvikelshantering och därmed öka benägenheten att upprätta avvikelser har alla medarbetare fått utbildning i hur en avvikelse upprättas direkt i systemet samt hur uppföljningen sker. Verksamhetschef har flera gånger under 2012 på APT och Kvalitetsråd informerat om hur informationsöverföringen ska ske och till vem när en avvikelse inträffar.

Kvalitetsledningssystemet Qualimax innefattar också Förbättringsloggen där man dokumenterar och löpande följer upp det förbättringsarbete som pågår i verksamheten. Under 2012 har arbetet med Förbättringsloggen utvecklats och nu är samtliga i ledningsgruppen samt rehabpersonal aktiva och dokumenterar i loggen. Verksamhetschefen följer upp förbättringsarbetet genom att gå igenom loggen på ledningsgruppsmöten.

## **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 avvikelserna bedöms allvarliga 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.

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 kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år.

Linnégården: om risk identifieras upprättas omvårdnadsplan av OAS sjuksköterska. OAS sjuksköterska informerar övriga teamet på enhetens teammöte om risken och redogör för och tar beslut om åtgärder tillsammans med övriga i teamet. Information som sjuksköterska och rehab-personal tar upp på teamötet dokumenteras i omvårdnadsjournalen under rubriken ”rapport Hälso-och sjukvård”.

Om en läkemedelsavvikelse inträffar på enheten kan berörd medarbetare som noterar denna gå direkt in i Qualimax och upprätta avvikelse. OAS sjuksköterska ansvarar för att läkemedelsavvikelsen följs upp. OAS sjuksköterska dokumenterar också avvikelsen i HSL-journalen. Inträffar ett fall upprättas avvikelse av medarbetare direkt i systemet och följs sedan upp av sjukgymnast. OAS sjuksköterska dokumenterar fallavvikelsen i HSL-journalen.

Vid allvarlig händelse kontaktas verksamhetschef omedelbart och verksamhetschef kontaktar MAS. Vid allvarlig avvikelse eller allvarligt klagomål begär MAS omedelbart in redogörelser från berörd personal och utdrag från journal. Vid allvarlig avvikelse eller klagomål från närstående ges återkoppling omedelbart. Vid allvarliga avvikelser och klagomål informeras också uppdragsgivaren omgående.

I Kvalitetsrådet som hålls 1 gång/månad och leds av verksamhetschef tar man upp avvikelser som inträffat på Linnégården som är allvarliga eller på annat sätt berör alla medarbetare och hela verksamheten.

---

Detta forum som består av representanter från HSL, omvårdnadspersonal och ledning diskuterar förbättringsområden samt upprättar och tar beslut om lokala rutiner. Vid varje Kvalitetsråd följs statistik från avvikelserapporteringen upp och man har vid flera möten tagit upp och diskuterat hur man ska gradera en avvikelse. Detta för att uppnå en samsyn i hur de olika händelserna ska graderas och därmed följas upp.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

MAS har under 2012 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.

I och med arbetet att uppnå ISO-certifiering i Kvalitet har flera lokala rutiner skapats och därmed medfört en större tydlighet vem som ansvarar för vad i verksamheten på Linnégården. Under 2012 har Lokal rutin för teammöte upprättats och implementerats i verksamheten på Linnégården. Lokal rutin för nyckelhantering har reviderats och implementerats. Ett omfattande arbete har lagts ned på att Hälso- och sjukvårdspersonalen på Linnégården ska arbeta enligt direktiv från MAS samt i enlighet med Carema cares riktlinjer och koncept.

Under 2012 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.



---

Samtliga verksamheter ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret.

Linnégården har under 2012 deltagit i PPM-studier gällande basala hygienrutiner och trycksår.

Utbildningar inom Hälso- och sjukvård som medarbetare erbjudits att delta i under året är hygien (all personal), äldre och läkemedel (sjuksköterskor), utbildning i lyftar (görs regelbundet, all personal ska vara utbildade), hot&våld (främst personal från enheten för psykiatrik men också personal från demensenheter), dokumentation i HSL (sjuksköterskor och rehab), demens (all personal), Etik (all personal).

Sjuksköterskorna har under 2012 registrerat avlidna i Palliativa registret.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2012, 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.

Egenkontroll Linnégården: i maj utfördes Egenkontroll och resultatet var 32 noterade brister av 184 frågor. Under november utfördes Egenkontrollen igen och resultatet var då 13 noterade brister. Resultatet tyder på att ett aktivt kvalitets- och förbättringsarbete pågått mellan maj och november.

Kvalitetstillsyn genomfördes av MAS i april och uppföljning av Kvalitetstillsynen genomfördes i november. I sin uppföljning av kvalitetstillsynen noterar MAS att verksamheten utfört ett gediget kvalitets- och förbättringsarbete och att så gott som alla brister som noterats i april blivit åtgärdade vid uppföljningen.

## 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.

---

På Linnégården har under 2012 flera försök gjorts för att få till en samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen. Denna samverkansöverenskommelse kommer att tas i bruk under första månaden 2013. Samverkansöverenskommelsen utgår från förfrågningsunderlaget som SLL har gällande läkarorganisationerna.

På Linnégården har Proffice Care varit ansvarig läkarorganisation under 2012.

Ansvarig läkare har kommit till verksamheten 1-2 ggr per vecka, övrig tid är ansvarig läkare nåbar per telefon mån-fre 8-17. Jourtid är Curera ansvarig läkarorganisation.

MAS har tillsammans med verksamhetschef vid 2 tillfällen haft samverkansmöten med Proffice Care. Utöver dessa samverkansmöten har en kontinuerlig dialog förts med läkarorganisationen angående samverkansfrågor kring verksamheten på Linnégården.

Under 2012 har MAS tillsammans med verksamhetschef varit pådrivande att Proffice Care ska journalföra i ett databaserat journalsystem. Då läkare från Proffice Care sedan flera år tillbaka på Linnégården enbart dokumenterat för hand på papper har det inneburit ett hot mot patientsäkerheten då ex remisser och anteckningar varit svåra för sjuksköterskorna att tyda. Efter starka påtryckningar från MAS och verksamhetschef har nu läkarorganisationen sedan hösten 2012 övergått till att dokumentera på dator och detta har därmed ökat patientsäkerheten betydligt.

### **Samverkan med uppdragsgivare**

MAS/kvalitetsutvecklaren har under 2012 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 Linnégården har samverkan med uppdragsgivare skett genom samverkansmöten 4 gånger under 2012. Därutöver har dialog och informationsutbyte skett löpande vid behov.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

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

Under 2012 har teammöten hållits 1 gång i veckan på varje enhet.

---

Teammötets representanter består av sjuksköterska, sjukgymnast el arbetsterapeut, 2 undersköterskor och oftast enhetschef alt verksamhetschef. Mötesplanering för teammöten är upprättad, lokal rutin för teammöten med syfte och agenda är upprättad och implementerad. I den lokala rutinen finns också beskrivet hur informationsöverföringen ska ske.

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

På Linnégården gör OAS sjuksköterska preventionsbedömningar för att identifiera risk om fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk upprättas vårdplan och sjuksköterskan informerar övriga teamet vid teammötet.

Arbetsterapeut ansvarar för att ADL-bedömning utförs och tillsammans med sjukgymnast görs utprovningen av lämpliga hjälpmedel. Övriga i teamet informeras vid teammötet.

Sjuksköterskan ansvarar för att en riskanalys av den boende (7.2 Bedömningsinstrument säkerhet kund) upprättas vid inflytt och sätts in i den boendes pärm på enheten. Ansvarig undersköterska (den boendes kontaktman) ansvarar tillsammans med enhetschef att riskbedömning (Blankett riskbedömning kund/medarbetare) upprättas vid inflytt och sätts in i den boendes pärm på enheten. Identifieras risk för händelser upprättas handlingsplan av teamet som följs upp på teamöten.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§*

### **Rapportering av händelser/ Avvikelser**

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 avvikelser 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.

På Linnégården upprättas avvikelser av alla medarbetare. Vid allvarlig händelse informeras verksamhetschefen omgående och verksamhetschef informerar MAS. Vid allvarliga avvikelser och klagomål gör MAS en intern utredning och begör in redogörelser från berörd personal samt journalutdrag. MAS informerar uppdragsgivarens MAS och verksamhetschefen ansvarar för att informera

---

närstående. Verksamhetschefen informerar om allvarliga händelser och klagomål på Kvalitetsråd och APT.

Vid mindre allvarliga händelser upprättas avvikelser som följs upp av sjuksköterska (läkemedel), sjukgymnast (fall) och arbetsledning (övriga).

Samtliga medarbetare har under 2012 fått information om rapportering enligt Lex Sarah och Lex Maria.

## **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 allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

På Linnégården finns Blankett för synpunkter och klagomål lättillgängligt på enheten (i Välkomstmappen, i entrén och i närståendepärmarna).

Den medarbetare som tar emot synpunkter eller klagomål upprättar avvikelser. Vid synpunkter och klagomål informeras alltid arbetsledning och vid allvarliga synpunkter och klagomål informeras verksamhetschefen omgående. Verksamhetschefen ansvarar för att vid allvarliga klagomål informera MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att vid allvarliga klagomål också informera uppdragsgivaren.

Oavsett allvarlighetsgrad utreds och återkopplas synpunkter och klagomål från boende eller närstående skyndsamt.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Vid sammanställning av resultatet av synpunkter och klagomål som inkommit under 2012 kan konstateras att verksamheten till övervägande del har uppnått målet att återkoppla direkt till den boende och/eller den anhöriga. Vid merparten av klagomålen har informationsöverföringen

---

skett enligt gällande rutin och man har kunnat agera omgående. Ett par av klagomålen har fått konsekvensen att en lokal rutin har upprättats för att förbättra arbetssätt och därmed undvika att liknande händelser inträffar i verksamheten. Flera av klagomålen har varit uppe för diskussion i mötesforum såsom ledningsgrupp, kvalitetsråd och sjuksköterskemöte för att kunna dra lärdom av händelsen. Vid de tillfällen det inkommit klagomål direkt till uppdragsgivaren har verksamhetschefen tillsammans med uppdragsgivaren följt upp dessa med, i merparten av fallen, gott resultat.

## **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 Care har en kundombudsman. Kundombudsmannen är tillgänglig och tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från våra verksamheter.

På Linnégården finns ett Förtroenderåd. Förtroenderådet som leds av verksamhetschef träffas 4 gånger per år och består av representanter från närstående, pensionärsorganisation, stadsdelsförvaltningen och stadsdelsnämnden.

Vid Förtroenderådet redogör verksamhetschefen för verksamheten och det ges möjlighet till frågor och diskussion.

Förutom vid Förtroenderådet så har verksamheten bjudit in samtliga närstående till närståendeträffar vid 2 tillfällen under 2012.

Inom 14 dagar efter inflyttning hålls ett Välkomstsamtal. Till Välkomstsamtalet inbjuds den boende, anhöriga och därutöver deltar också den boendes kontaktman, OAS sjuksköterska, sjukgymnast el arbetsterapeut och enhetschef. En månad efter inflyttning ansvarar enhetschefen för att ett uppföljningssamtal sker, detta kan ske på plats eller per telefon.

Sjuksköterska ansvarar för att vårdplanering sker minst en gång per år, detta på plats eller per telefon.

## **Resultat**

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2011	2012
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	-----	Samtliga medarbetare 2012	-----	Ca 100
Antal patienter med fullständig omvårdningsjournal Enligt gällande checklista	-----	86	-----	86
Antal omvårdningsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	-----	86	80	Antal dokumenterade omvårdningsplaner utifrån dokumenterade nutritionsproblem
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten		86		86
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	11 av 19	-----	11 Antal registrerade patienter 2012
Antal registrerade patienter i Senior Alert		0		0
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria	3

### Antal avvikelser tagna från Q-maxit

<b>Frågeställning</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Läkemedel</b>	<b>41</b>	<b>67</b>
Utebliven dos	31	58
Dubbel dos	1	1
Felaktigt iordningsställande	6	3
Förväxling	1	1
Utebliven signering	2	4
<b>Fall</b>		
Fall i verksamheten	167	185
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	7	5
<b>Synpunkter och klagomål</b>		
Synpunkter och klagomål	7	23
<b>Trycksår</b>		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	0	1

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Målsättningen för Linnégården 2013 är att fortsätta arbeta aktivt med kvalitetsarbetet där samtliga medarbetare är delaktiga. Vi fortsätter också arbetet med att vidareutbilda all personal i demens med målsättningen att erhålla en certifiering i demens i Stiftelsen Silviahemmets regi under hösten 2013. Då vi efter allt arbete under 2012 nu har en verksamhet med ett väl implementerat och levande kvalitetsarbete är vår målsättning att detta ska innebära färre allvarliga avvikelser och inkomna synpunkter/klagomål under 2013 jämfört med 2012.