



Kvalitetsberättelse för Attendo Johan Kocksgatan År 2023

2024-01-30

Emma Nordfors, Verksamhetschef Attendo Johan Kocksgatan

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål	4
Ansvarsfördelning	6
Mät- och uppföljningsmetod	8
Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	10
Uppföljning av åtgärder	12
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	14
Granskning av dokumentationen	14
Externa granskningar	15
Egenkontroll	15
Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem	20
Samverkan	25
Risikanalys	26
Riskanalys	26
Rapporteringsskyldighet	29
Avvikelser	30
Lex Sarah	32
Synpunkter och klagomål	34
Sammanställning och analys	35
Resultat	36
Övergripande mål för kommande år	38

Sammanfattning

Attendo Johan Kocksgatan bedriver vård och omsorg på uppdrag av Trelleborgs kommun enligt avtal om 38 platser, varav 27 platser är demensvård och 11 är vårdplatser.

I verksamheten finns ett kvalitetsledningssystem med beskrivning av processer och lokala rutiner. Rutiner uppdateras löpande utifrån inkomna händelserapporteringar, förbättringsförslag och behov av nya rutiner.

Under 2023 låg stort fokus på rekrytering och personalutveckling. Vi har utbildat oss i brandkunskap, fler medarbetare har utbildats inom BPSD samt utbildat fyra medarbetare i kvalitetssamtalsmetodiken ASCOT. Vi har även utbildat samtlig personal inom munvård via OralCare samt utbildat samtlig personal inom palliativt arbete via våra sjuksköterskor i verksamheten.

Nya undersköterskor började under hösten och en ny verksamhetschef tillträdde i slutet av augusti.

För att säkra kvaliteten i verksamheten har de viktigaste åtgärderna under året varit följande.

- Intern revision
- Granskning av SoL-dokumentationen
- Kund- och närståendeundersökningar med uppföljningar
- Medarbetarundersökningar med uppföljningar
- Fler utbildade undersköterskor samt sjuksköterska i BPSD-registret
- Utbildning i ASCOT
- Kvalitetsmöten en gång per månad
- Öka antalet medarbetare med undersköterskekompetens

Under året har verksamheten följts upp externt av Trelleborgs kommun, Apoteket och Miljö och hälsa.

De viktigaste resultaten som har uppnåtts under 2023 är följande.

- 92 % i Socialstyrelsens brukarundersökning
- Godkänt resultat i den interna revisionen
- Implementering av ASCOT
- Munvårdsutbildning för samtlig personal
- Palliativ utbildning för samtlig personal

Övergripande mål

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Övergripande mål för 2023 var följande:

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsens brukarundersökning är en viktig måttstock för att mäta kundernas upplevda kvalitet och därför kommer undersökningen vara en viktig målsättning även under 2023. Verksamheten kommer att arbeta mot att nå målet genom att hålla fortsatt fokus på väl fungerande informations- och kommunikationsflöde samt följa och vidareutveckla rutiner för ett tryggt kontaktmannaskap. Mål är att uppnå 90 % i Socialstyrelsens brukarundersökning.

Livskvalitetsamtal enligt ASCOT

Under Q3 2023 kommer livskvalitetsamtal enligt ASCOT att införas i verksamheten. Det är en metod som är framtagen på University of Kent i England, som kan mäta och höja livskvaliteten för äldre personer på boende. Genom livskvalitetsamtal eller observationer identifieras individuella förbättringsåtgärder och målsättningar som sedan förs in i genomförandeplanen. Mål är att samtliga kunder ska ha fått ett livskvalitetsamtal eller observation samt åtgärder och målsättningar innan årets slut.

Kvalitetsindex

I slutet av 2022 sjönk kvalitetsindex från 100 till 80 med anledning av mild kritik efter granskningen av Miljö och hälsa (samt för en ej godkänd granskning av HSL-dokumentationen vilket lyfts i Patientsäkerhetsberättelsen). Mål för 2023 är att återigen uppnå index 100.

Utbilda en ny kvalitetssamordnare

Verksamhetens kvalitetssamordnare avslutade sin tjänst för att börja arbeta på en annan Attendo-verksamhet i Visby och det finns därför ett behov av att utbilda en ny kvalitetssamordnare. Mål är att en ny kvalitetssamordnare utbildas under Q1.

Nytt system för avvikelshantering

Attendos system för avvikelser, Add, kommer att bytas ut under första halvåret 2023. Mål är att det nya systemet för avvikelser är implementerat innan juni 2023.

Närståendeundersökning

Verksamheten att fortsätta fokusera på ett väl fungerande informations- och kommunikationsflöde via brev/mail från verksamhetschef och via appen Attendo Nära. Närståendeträffar kommer att erbjudas på våren och på hösten, och till sommaren kommer närstående och kunder att bjudas in till ett större event, exempelvis en trädgårdsfest.

Anhörigombuden kommer att utbilda medarbetare i närståendekontakt, vara stöd vid samtal med närstående samt samordna och planera aktiviteter som riktas till närstående.

Mål är 90 % sammantagen nöjdhet i Attendo närståendeundersökning.

NPS

Nöjda medarbetare är en framgångsfaktor och under 2023 kommer verksamheten fortsätta att fokusera på att skapa delaktighet och engagemang genom exempelvis värderingsveckor och tydliga ansvarsuppdrag. Mål är NPS 10 %.

Intern revision

En ny intern revision kommer att genomföras under Q2 och målet är att nå 100 %.

Granskning av SoL-dokumentation

En ny granskning av SoL-dokumentationen kommer att ske under Q2 och målet är att uppnå 100 %.

Ansvarsfördelning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

Samtliga yrkesroller ansvarar för att rapportera tillbud, händelser, tillbud och missförhållanden.

Verksamhetschef ansvarar för att

- Verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetssystem
- Planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer
- Identifiera och aktualisera samverkan
- Formulera mål för verksamheten, kommunicera dem och se till att de uppnås
- Fastställa rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas
- Utreda och åtgärda synpunkter, händelser och tillbud
- Följa upp och analysera verksamhetens resultat
- Utföra egenkontroll årligen
- Upprätta kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse årligen
- Ersätta kvalitetssamordnare vid dennes frånvaro

Kvalitetssamordnare ansvarar för att

- Kalla till kvalitetsmöten en gång per månad samt protokollföra dessa
- Utbilda medarbetare i Attendos system för händelserapportering, Centuri
- Delta i den årliga interna revisionen

Planeringsledare ansvarar för att

- Bemanna verksamheten och planera för frånvaro
- Lägga in omvårdnadsinsatser i planeringssystemet, Epsilon, samt följa upp att insatserna utförs enligt planering
- Följa upp introduktion av nyanställda

Sjuksköterskor ansvarar för att

- Arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner
- Påtala behov av nya eller uppdaterade rutiner
- Vara delaktiga på kvalitetsmöten en gång per månad

Rehab – fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att

- Arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner
- Påtala behov av nya eller uppdaterade rutiner

Dokumentationsstöd ansvarar för att

- Följa upp och granska SoL-dokumentation enligt rutin
- Utbilda medarbetare i dokumentation

Värderingscoacher ansvarar för att

- Tillsammans med verksamhetschef planera värderingsövningar till varje arbetsplatsträff
- Tillsammans med verksamhetschef planera aktiviteter och övningar till värderingsveckor

Kostombud ansvarar för att

- Tillsammans med måltidsvärdarna anpassa Attendos centrala meny utifrån kundernas önskemål och förslag
- Beställa matvaror
- Kalla till kostmöte med måltidsvärdarna en gång per månad
- Följa upp måltidsobservationer en gång per månad
- Lägga måltidsmeny i Attendo Nära varje vecka

Måltidsvärdar, fyra omvårdnadspersonal

- Delta på kostmöten
- Följa upp synpunkter och önskemål gällande mat och måltider från kunder och närstående
- Genomföra måltidsobservationer en gång per månad per avdelning

Aktivitetsombud, fyra omvårdnadspersonal

- Planera och genomföra aktiviteter i verksamheten
- Delta på aktivitetsmöten
- Följa upp synpunkter och önskemål gällande aktiviteter från kunder och närstående

Vård- och omsorgspersonal

- Arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner
- Påtala behov av nya eller uppdaterade rutiner

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
Kost och mathantering	Avvikelser kopplat till kost och mathantering-	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Larm	Avvikelser kopplat till larm och larmhantering.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Synpunkter	Inkomna synpunkter och klagomål.	Antal inrapporterade synpunkter/klagomål per månad.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Fall	Avvikelser kopplat till fall.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Omvårdnad	Avvikelser kopplat till omvårdnad.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Hot och våld	Avvikelser kopplat till hot och våld.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Information	Avvikelser kopplat till information - både intern och extern.	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Övrigt	Övriga avvikelser	Antal inrapporterade avvikelser per månad uppdelat per kategori.	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Utmanande beteende	Avvikelser kopplat till utmanande beteende	Andel inrapporterade avvikelser utmanande beteende per kategori	Följs upp månadsvis på aggregerad nivå på kvalitetsmöten i verksamheterna.
Externa granskningar IVO	Inrapporterade externa granskningar, IVO	Andel granskningar, IVO	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
Externa granskningar Apotek	Inrapporterade externa granskningar, Apoteket	Andel granskningar, Apoteket	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

Avvikelse	Beskrivning	Mätmetod och tolkning av resultat	Uppföljningsmetod
Externa granskningar Beställare	Inrapporterade externa granskningar, Beställare	Andel externa granskningar, Beställare	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.
Externa granskningar Miljö och hälsa	Inrapporterade externa granskningar, Miljö- och hälsa	Andel externa granskningar, Miljö - och hälsa	Åtgärder utifrån extern granskning registreras och planeras in i Stratsys.

Händelser utan allvarlig karaktär hanteras löpande under månaden av verksamhetschef och sjuksköterskor utifrån lagrum. En gång per månad analyseras avvikelser på verksamhetsnivå i samband med kvalitetsmöte där verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterskor samt en representant från var avdelning.

Åtgärder implementeras på generell verksamhetsnivå som kommuniceras via Appendo till samtlig personal i verksamheten.

Allvarliga händelser hanteras omgående av verksamhetschef och läggs in i Centuri för vidare hantering av kvalitetsutvecklare där utredare utses.

Synpunkter hanteras omgående av verksamhetschef.

Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SOSFS 2011:9 7kap §1

Socialstyrelsens brukarundersökning inom äldreomsorgen skickas till alla personer som bor på särskilda boenden.

Attendos kundundersökning genomfördes i februari och november. Svaren på kundundersökningen samlades in genom att de kunder som själva kunde besvara enkäten elektroniskt gjorde det med egen telefon eller verksamhetens iPad. De kunder som inte kunde besvara enkäten på egen hand blev intervjuade av planeringsledare som sedan förde in svaren.

Såväl Socialstyrelsens brukarundersökning som Attendos kundundersökning har följts upp med medarbetare och kommunicerats med närstående. Utifrån resultatet har analys utförts och målsättningar för kommande år upprättats.

Under året har arbetet med BPSD-registret utvecklats med nya rutiner och nya BPSD-administratörer har utbildats både inom omvårdnadspersonal samt sjuksköterska.

Vi har utbildat personal i ASCOT och under första kvartalet av 2024 kommer vi starta med samtalen på verksamheten.

Attendos medarbetarenkät, Medarbetartermometern, skickas till samtliga medarbetare en gång per kvartal. Enkäten skickas med länk per telefon. Resultaten från Medarbetartermometern har dels följts upp med medarbetare och dialog förs ständigt för att förbättra trivsel hos medarbetarna.

I Medarbetartermometern ställs frågor om medarbetaren kan rekommendera Attendo och sin arbetsplats utifrån mätverktyget NPS. Svarspoängen mäts utifrån en skala som bygger på poängsättning mellan 0 och 10.

Alla svar inom 0-6 är detractors vilket betyder att inte är så nöjd utan tvärtom, mycket missnöjd med sin arbetsplats och företaget. Man har inget gott att säga om sin arbetsplats och känner ingen stolthet eller engagemang.

Svar mellan 7-8 är den passiva gruppen och det innebär att man varken är nöjd eller missnöjd och man känner inget större engagemang i sitt arbete eller i företaget. Man är rätt så objektiv i fråga om sin arbetsplats.

Svar mellan 9-10 är promoters som innebär att man är entusiast, mycket nöjd med sin anställning i Attendo och man sprider mycket goda rekommendationer om att arbeta i företaget. Det är just de som svarar 9-10 som passar i marknadsgruppen.

Resultatet i medarbetartermometern räknas sedan ut genom en formel, procentantalet Promoters minus procentantalet Detractors = NPSpoäng.

Resultatet för 2023 blev NPS för Attendo på -9,75 och för egna arbetsplatsen -6,75. De tre första undersökningarna visar på ett sämre resultat än 2022 med koppling till chefsombyte samt rotation bland omvårdnadspersonalen. Under årets sista mätning påvisas en stor förbättring i nöjdhet för medarbetarna.

Kvalitetsmöten hålls en gång per månad. Sjuksköterskor, kvalitetssamordnare, verksamhetschef samt en representant av omvårdnadspersonal från varje avdelning deltar. På kvalitetsmöten följs händelser upp på verksamhetsnivå, och händelserna analyseras och åtgärdas. Även tidigare vidtagna åtgärder följs upp för att se om de har haft önskad effekt.

En gång per år genomförs en intern revision, som enligt Socialstyrelsens författningssamling är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Revisionens syfte är att säkra verksamhetens interna processer samt att mäta och visa att verksamheten håller god kvalitet. Den interna revisionen är även ett instrument för att vidareutveckla verksamheten och nytt för 2024 är att varje enhet kommer att granskas inom loppet av en treårsperiod istället för årligen, utifrån kvalitetsstatus och tidigare års resultat.

Granskning av dokumentation enligt SoL utförs en till två gånger per år genom att 25 % slumpvis valda journaler granskas enligt mall för granskning. Granskningarna utförs av verksamhetens dokumentationsstöd. De rapporterar resultatet till verksamhetschef som i sin tur åtgärdar utifrån resultatet och återkopplar på arbetsplatsträffar samt enskilt om en medarbetare brister i dokumentationen. Nytt för 2024 är att 50% av SoL-journaler skall granskas var månad för att kvalitetssäkra journalerna.







Händelser/avvikelser enligt SoL dokumenteras i Attendos system för avvikelshantering, Centuri. Uppföljning sker på teammöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar.





Teammöten hålls en gång per vecka och omvårdnadspersonal, planeringsledare, verksamhetschef, sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar. Händelser analyseras och åtgärdas på teammötena och uppföljning sker på nästkommande möte.

Information om utredningar och vidtagna åtgärder på teammöten och kvalitetsmöten förs vidare på arbetsplatsträffar som hålls 10 gånger per år. Under återkommande punkt "kvalitet" informeras och diskuteras händelser, utredningar, åtgärder och uppföljningar. Vid allvarliga händelser skickas även skriftlig information i veckobrev från verksamhetschef till samtliga medarbetare via Attendos medarbetarapp, Appendo.

Löpande under året planeras utbildning inom ämnen där det antingen finns behov av personalutveckling eller inom områden som personalen önskar att de behöver vidareutbildning inom. Utefter både behov och önskemål har därför utbildning om munvård via Oralcare samt utbildning i palliativt arbete genomförts.

Uppföljning av åtgärder

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
<p> Pågående</p> <p>Allvarliga händelser</p>	Emma Nordfors	Lyfta rapporteringsskyldighet på APT löpande under året samt vid introduktion av sommarvikarier	Att allvarliga händelser kommer verksamhetschefen till kännedom och kan utredas för att hindra upprepande och för att kvalitetssäkra verksamheten.	2024-01-24 2024-12-31	
<p> Pågående</p> <p>Avvikelsehantering</p>	Emma Nordfors	På varje APT lyfta avvikelser samt rapporteringsskyldigheten.	Att händelser kommer till verksamhetens kännedom genom avvikelsehantering.	2024-01-24 2024-12-31	
<p> Pågående</p> <p>Brukar- och kund samt närståendeundersökningar</p>	Emma Nordfors	Skapa positiva och bestående förändringar i verksamheten genom att arbeta långsiktigt. Finns utarbetad handlingsplan som fokuserar på måltider, aktiviteter och på möjligheten för utevistelse.	Förbättrad upplevelse för kunderna inom mat, aktiviteter och utevistelse och i förlängningen även förbättrad nöjdhet.	2024-01-15 2024-06-30	
<p> Pågående</p> <p>Externa granskningar</p>	Emma Nordfors	Att arbeta löpande med resultat från externa granskningar	Att ligga i fas genom att både åtgärda kritik och arbeta förebyggande för att bibehålla godkända resultat.	2024-01-16 2024-12-31	
<p> Pågående</p> <p>Intern revision</p>	Emma Nordfors	Löpande under året arbeta med struktur och innehåll för det lokala kvalitetsledningssystemet.	Hållbar och kvalitetssäkrat arbetssätt	2024-01-15 2024-12-31	
<p> Ej påbörjad</p> <p>Kvalitetsregister BPSD</p>	Emma Nordfors	Skapa samsyn hos all personal, inte bara administratörer inom BPSD. Utöka med två administratörer under 2024.	I februari 2023 kommer all personal få en sammanfattande utbildning i BPSD för att skapa ökad förståelse i arbetssättet. Även under 2024 utbilda två BPSD-	2024-01-26 2024-06-30	

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
			administratörer till.		
 Pågående Riskanalyser	Emma Nordfors	Att vid varje kvalitetsmöte ställa frågan till sittande deltagare som representeras av sjuksköterskor, rehab, verksamhetschef, kvalitetssamordnare samt omvårdnadspersonal från var avdelning.	Påbörjas januari månad, tänkbar effekt är att upptäcka risker i verksamheten i ett förbyggande skede.	2024-01-17 2024-12-31	
 Ej påbörjad Social dokumentation	Emma Nordfors	Utbilda dokumentationsgranskare Q1 som i sin tur utbildar personal under Q2	Förbättra dokumentationen i social journal och öka kunskapen hos personalen	2024-03-01 2024-06-30	
 Pågående Synpunktshantering	Emma Nordfors	Att ha tydliga rutiner för synpunktshantering jämte närstående hindrar att allvarliga synpunkter och brister uppkommer. Synpunktshantering nämns vid välkomstsamtal, regelbundet via veckomail från verksamhetschef samt via blanketten "vi vill bli bättre" i entrén.	God kännedom för närstående var de ska vända sig med synpunkter	2024-01-24 2024-12-31	
 Pågående Värderingar	Emma Nordfors	Förbättra förhållningssätt och attityder hos personalen genom att aktivt arbeta med värderingar under 2024 med start mars månads APT. Fortsätta genomföra värderingsveckorna med god framgång	Förbättra värderingar och arbetssätt hos personalen	2024-03-01 2024-12-31	

Samtliga punkter i kvalitetsarbetet analyseras och utefter resultatet och skapas handlingsplaner för att ytterligare förbättra och/eller bibehålla goda resultat.

Teammöten sker veckovis, kvalitetsmöten månadsvis, medarbetarundersökning kvartalsvis och brukarundersökningen en gång per år och utefter det skapas rutiner och arbetssätt som förbättrar verksamheten och ständigt leder till förbättrat kvalitetsarbete.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Lokala kontroller som har genomförts under 2023 är följande.

- Jämförelser av verksamhetens resultat i Brukarundersökningen med öppna jämförelser och jämförelser med andra verksamheter
- Jämförelser mellan verksamhetens nuvarande och tidigare resultat
- Jämförelser av verksamhetens resultat i kundundersökningar
- Jämförelser av verksamhetens resultat i Medarbetartermometern
- Granskning av SoL-dokumentation
- Granskning av HSL-dokumentation
- Analys av hur värderingsarbetet fungerar och om det finns förhållningssätt hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten
- Analys av händelser, allvarliga händelser och synpunkter
- Intern revision
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister

Externa kontroller som har genomförts under 2023 är följande.

- Trelleborgs kommun har genomfört en avtalsuppföljning
- Miljö och hälsa har genomfört en granskning
- Apoteksgranskning är genomförd

Avtalsuppföljningen med Trelleborgs kommun blev godkänd.

Miljö och hälsa lämnade kritik på list vid diskmaskin som skall bytas

Apoteksgranskningen genomfördes utan kritik

Granskning av dokumentationen

Kvalitetsindikatorer	Utfall	Antal journaler granskade
Dokumentationsgranskning SÄBO SoL	88,64%	4

Vid ett tillfälle utfördes granskning av SoL-journaler med ett ej godkänt resultat.

Analys

En stor personalomsättning samt vikarier utan relevant utbildning är två av anledningarna till det låga resultatet. Inför 2024 kommer granskare i SoL-dokumentation utbildas och befintliga dokumentationsstödjare kommer få vidare stöd i det dagliga arbetet både centralt ifrån samt från verksamhetschef. Under 2024 planeras månatliga granskningar av hälften av journalerna per gång in för att följa upp resultat och kunna planera åtgärder.

Externa granskningar

Externa granskningar under 2023 har varit från Trelleborgs kommun via avtalsuppföljning, Miljö och hälsa samt Apoteksgranskning.

Avtalsuppföljningen godkändes.

Miljö och hälsa lämnade kritik på att lister vid diskmaskiner behöver bytas ut.

Apoteksgranskning resulterade i ingen kritik.

Egenkontroll

Kontroller	Resultat	Analys
Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?	Synpunkt samt allvarlig händelse som baseras på förhållningssätt och attityder hos personal rapporterades in under första halvåret under 2023. Under 2023 sista kvartal har attityder i personalens arbetssätt förbättrats när personalstyrkan blev mer stabil och fler tjänster tillsattes med utbildad personal. Värderingsarbetet under 2023 har främst varit utifrån värderingsveckorna som genomförts med mycket gott resultat.	Ett mer systematiskt arbetssätt behövs kring värderingar vilket planeras under 2024
Brukar-, klient- och närståendeundersökningar	Under 2022 uppnåddes ett resultat på 100% nöjdhet i Socialstyrelsens brukarundersökning, år 2023 uppnåddes ett resultat på 92% nöjdhet. Kundnöjdhet uppnåddes till i februari 99.6% och november 99.3%. Inga närståendeundersökningar utfördes under 2023.	92% är ett mycket gott resultat och inför 2024 arbetar verksamheten aktivt för att både förbättra och bibehålla ett resultat över 90% i brukarundersökningen. Kundundersökningar kommer skickas ut centralt under året och årets första närståendeundersökning skickades ut januari/februari 2024.
Externa granskningar	Under 2023 gjordes tre externa granskningar. Trelleborgs kommun via avtalsuppföljning, uppföljningen godkändes. Miljö och hälsa utförde en granskning, vid kontroll av köken på avdelningarna kom kritik på lister som släppt vid diskmaskinerna som försvårar rengöringen. Byggfirma är kontaktad för åtgärd av lister. Apoteksgranskning utfördes utan	Ett godkänt resultat på avtalsuppföljningen samt från Apoteket påvisar ett gott förberett arbete. Att åtgärda kritik från Miljö och hälsa slutförs under 2024 då det ej blev åtgärdat granskningen.

Kontroller	Resultat	Analys
	kritik.	
Resultatet av Intern revision kvalitet	<p>En intern revision har genomförts under Q2 2023 och den satta gränsen för godkänt resultat är 90%, verksamhetens lokala mål var att nå 100 %.</p> <p>Resultatet blev 98,18 % vilket är inom målet för godkänt resultat men lokala målet på 100% är inte uppnått.</p> <p>Under 2022 uppnåddes resultat på 100% vilket gör att 2023 års resultat är en försämring.</p>	<p>2023 års resultat blev inom ramen av godkänt resultat men sämre än föregående år. Från 2024 kommer inte alla verksamheter få intern revision varje år utan en revision per tre år, som utförs under hela året utan förvarning.</p>
Avvikelsehantering	<p>Under 2022 inkom det sammanlagt 153 avvikelser.</p> <p>2023 sammanställning av avvikelser januari-augusti i ADD:</p> <p>Omvårdnad 27 stycken</p> <p>Fall 22 stycken</p> <p>Synpunkter 4 stycken</p> <p>Information 5 stycken</p> <p>Kost och mathantering: 3 stycken</p> <p>Larm 1 styck</p> <p>Övrigt 36 stycken</p> <p>Hot och våld 1 styck</p> <p>Läkemedel 27 stycken</p> <p>Sammanlagt 126 stycken januari till augusti.</p> <p>2023 sammanställning september till december i Centuri:</p> <p>Omvårdnad 16 stycken</p> <p>Fall 17 stycken</p> <p>Synpunkter 0 stycken</p> <p>Information 1 stycken</p> <p>Kost och mathantering: 0 stycken</p> <p>Larm 0 stycken</p> <p>Övrigt 0 stycken</p> <p>Hot och våld 0 styck</p> <p>Medicintekniska hjälpmedel 1 styck</p> <p>Läkemedel 13 stycken</p> <p>Sammanlagt 48 stycken september till december</p>	<p>En välfungerande rutin för avvikelsehantering är av största vikt för att kvalitetssäkra verksamheten och synliggöra brister och utvecklingsmöjligheter. På varje APT lyfts avvikelser och avvikelsehantering samt att skriva avvikelser ligger till grund i lönerevisionen.</p>

Kontroller	Resultat	Analys
	Under 2023 inkom det sammanlagt 174 avvikelser. Avvikelsena har därmed ökat under 2023 dock är ökningen med ca 20% vilket kan påvisa en större benägenhet att rapportera in avvikelser snarare än att det skulle bero på försämrad kvalitet i verksamheten.	
Allvarliga avvikelser	<p>Antal allvarliga händelser under 2022 6 stycken.</p> <p>Antal allvarliga händelser under 2023 8 stycken:</p> <p>Övriga 2 stycken</p> <p>Vårdskada 1 stycken</p> <p>Risk för missförhållande 3 stycken</p> <p>Missförhållande 2 stycken</p> <p>De allvarliga händelserna var:</p> <p>Kund blir av med smycken-missförhållande.</p> <p>Kund är utåtagerande mot kund-missförhållande.</p> <p>Dåligt bemötande vid palliativ vård- övrig allvarlig händelse.</p> <p>Oklar SIP- lex Maria, övrig allvarlig händelse.</p> <p>Kund med korttidsplacering utan tillsyn- vårdskada.</p> <p>Personal dåligt bemötande- risk för missförhållande.</p> <p>Kund ej duschat- risk för missförhållande.</p> <p>Omvårdnad ej utförd i rätt tid- risk för missförhållande.</p> <p>Allvarliga händelser som sker i verksamheten utreds alltid skyndsamt av utsedd utredare, resultat och åtgärder förankras sedan med verksamhetschef samt informeras ut i verksamheten. Efter utredningen är slutförd tas beslut om utbildningssatsningar behövs göras i verksamheten eller om andra åtgärder ska implementeras för att förhindra upprepning.</p> <p>Den gemensamma nämnen</p>	<p>Personal informeras om rapporteringsskyldighet på APT och det sker fortlöpande under året, även vid introduktion för sommarvikarier planeras det in för 2024.</p>

Kontroller	Resultat	Analys
	gällande allvarliga händelser går att härleda till bristande dokumentation samt följsamhet av planeringsverktyget Epsilon. När personal inte följer planerade insatser är risken stor att omvårdnad missas, likaså om det inte dokumenteras varför insatser inte blivit utförda är risken stor att missförstånd och brister sker.	
Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter	<p>Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter</p> <p>Andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning fortsätter minska jämfört med 2022. Minskningen av andel omsorgspersonal med adekvat utbildning har varit stadigt nedgående från 2013; 86 procent på vardagar och 84 procent på helger till 2023; 76 procent på vardagar och 72 procent på helger.</p> <p>Tillgången till sjuksköterskor i säbo på vardagar har ökat mellan 2016 och 2023. Från 4 sjuksköterskor per 100 personer till 4,7 sjuksköterskor per 100 personer. Däremot står trenden på helger still mellan 2016 till 2023, vilket är 0,6 sjuksköterskor per 100 personer.</p> <p>Resultat omvårdnadspersonal med adekvat utbildning</p> <p>Verksamhetens mål är att all tillsvidare anställd omvårdnadspersonal har undersköterskeutbildning. Enligt avtal med Trelleborgs kommun ska 80 % av tillsvidareanställd omvårdnadspersonal vara utbildad undersköterska. Av 35 tillsvidare- eller månadsanställd omvårdnadspersonal i verksamheten är 71 % utbildade undersköterskor och 29 % vårdbiträden. Antal undersköterskor är 25 stycken och vårdbiträden som är tillsvidare- eller månadsanställda är 10 personer, och av dessa är en lokalvårdare och tre stycken är vikarier under rekrytering eller tjänstledighet.</p>	<p>Analys omvårdnadspersonal</p> <p>Det är svårt att rekrytera utbildade undersköterskor och under första halvan av 2023 var det även en stor omsättning av befintlig personal. För att uppnå kontinuitet och trygghet för kunderna behålls kunniga vårdbiträden till längre vikariat eller under rekryteringen av undersköterskor.</p> <p>Analys täthet sjuksköterskor</p> <p>En kontinuitet och stabilitet är viktigt för kunderna i fråga av kännedom kring individ och sjukdomshistoria. Att omsättningen avstannat är en god indikator på välmående yrkesgrupp.</p>

Kontroller	Resultat	Analys
	<p>Jämförelsetal är närliggande Attendo Täppan 70% undersköterskor och 30% vårdbiträden.</p> <p>Resultat täthet sjuksköterskor Under 2023 stabiliserades sjuksköterskebemanningen på verksamheten med 2 sjuksköterskor per 28 kunder dagtid vardagar och bemanningen med en sjuksköterska i beredskap ob-tid kvarstod från föregående år.</p>	
Resultat av dokumentationsgranskning	<p>SOL-dokumentationen uppnådde 88,64% vilket inte är ett godkänt resultat.</p> <p>HSL-dokumentationen uppnådde 95,67% vilket är ett godkänt resultat.</p>	<p>Personal behöver utbildning i social dokumentation vilket planeras till Q2 2024.</p> <p>Utifrån att bibehålla kvalitet och resultat av HSL-dokumentation ligger vikten av att skapa möjlighet för sjuksköterskorna att hinna med alla arbetsmoment, vilket stäms av muntligt och löpande med verksamhetschef.</p>
Synpunkter från närstående, brukare och andra	<p>Under 2023 inkom 3 synpunkter jämfört med 2022 då det inkom 11 synpunkter.</p> <p>Synpunkterna som inkommit under 2023 var två från närstående och en från personal. Synpunkter från närstående handlade om att det var rörigt på avdelningen samt att posthanteringen inte fungerat. Synpunkten från personal var att det saknades personal på helgen. Samtliga synpunkter är åtgärdade av tidigare verksamhetschef.</p>	<p>Minskningen av synpunkter kan härledas till både mer fungerande dialog mellan närstående och verksamhetschef vilket gör att synpunkter inte hinner uppkomma.</p>

Verksamheten arbetar löpande med avvikelser, synpunkter, avvikelser, intern revision, medarbetarundersökningar samt brukar- och kundundersökningar. Utifrån område finns rutiner att analysera och hantera resultaten.

Attityder hos medarbetarna hanteras löpande under året och värderingsveckor sker två gånger per år. Under 2024 återupptas värderingsövningar på APT-möten med målsättning 5 gånger per år.

Brukarundersökning sker en gång per år och kundundersökning två gånger per år och resultat analyseras och handlingsplaner skapas utefter resultat.















Externa granskningar från kommun och Apotek sker löpande under året och resultatet analyseras och åtgärder hanteras omgående.



Händelser hanteras löpande under månaden och lyfts månadsvis på kvalitetsmöten, allvarliga händelser och synpunkter hanteras omgående.

Dokumentationsgranskning har under 2023 skett en gång och under 2024 är målet att det ska ske månadsvis.

Jämförelser med andra verksamheter sker vid minst tre gånger per år vid brukar- och kundundersökningar samt vid egenkontroll en gång per år efter årsskiftet.






Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
Processområde värderingsarbete	Aktuell beskrivning av verksamheten och målgruppen	 Ja	
Processområde värderingsarbete	Aktuell laglista	 Ja	
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Processbeskrivning för värderingsarbetet	 Ja	
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete	 Ja	
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Lokal rutin för nationella värdegrunden i äldreomsorgen	 Ja	
Verksamhet	Processbeskrivning för sekretess och informationssäkerhet	 Ja	
Verksamhet	Lokal rutin för tystnadsplikt	 Ja	
Verksamhet	Lokal rutin för utlämnande av journalhandling?	 Ja	
Verksamhet	Lokal rutin för loggning i digitala journalsystem	 Ja	
Processområde värderingsarbete	Loggkontroller utförda enligt rutin	 Nej	Utfört två gånger under året, rutinen är aktualiserad och kommer följas 2024.
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Lokal rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister, avser alla verksamheter som arbetar med kvalitetsregister	 Ja	
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Lokal rutin för sändning och mottagning av sekretesshandling	 Ja	
Processområde sekretess och informationssäkerhet	Processbeskrivning för individdokumentationen	 Ja	
Processområde individdokumentation	Lokal rutin för dokumentation i IT-baserat journalsystem	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation enligt Sol/ LSS/ HSL inkl. arkivering	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för händelsehantering	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för – eller missförhållande (lex Sarah)	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för rapportering och anmälan av risk för-eller vårdskada (lex Maria), avser alla verksamheter som har HSL-ansvar. Verksamheter utan HSL-ansvar ska ha en rutin för hur det rapporteras till vårdgivaren	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser ur ett kund-och verksamhetsperspektiv	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för hur verksamheten hanterar synpunkter	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Processbeskrivning inflytande, delaktighet och självbestämmande	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för inflytande och delaktighet	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokala inskrivnings- och/eller inflyttningsrutiner?	 Ja	
<i>Processområde systematiskt kvalitetsarbete</i>	Lokal rutin för välkomstsamtal?	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin för hur barnets bästa beaktas, enbart barnverksamheter LSS och IOF	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Rutin/manual för matchning av barn och familjehem innan placering, enbart jour-och familjehemsverksamheter	Ej relevant	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för stöd till barn och unga med funktionsnedsättning, enbart barn-och ungdomsverksamhet LSS	Ej relevant	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Processbeskrivning samverkan	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur sjuksköterska tar kontakt med läkare samt jourläkare, verksamheter med HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde inflytande, delaktighet och självbestämmande</i>	Lokal rutin för hur omsorgspersonal tar kontakt med sjukvården/sjuksköterska	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för informationsöverföring vid akut besök på sjukhus	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för regelbunden samverkan med andra aktörer	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Processbeskrivning säkerhet	 Ja	
<i>Processområde samverkan</i>	Lokal rutin för att följa upp att beviljade insatser utförs	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för lämplighetsbedömning vid inskrivning, avser HVB och stödboende (HSLF-FS 2016:55 och HSLF-FS 2016:56)	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för att förebygga, uppmärksamma och agera vid sexuella trakasserier/övergrepp.	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur en drogfri miljö ska upprätthållas, enbart HVB	Ej relevant	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för fall/ fallskada, alla verksamheter inom äldreomsorg	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur verksamheten arbetar med skyddsåtgärder för kunderna	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur medarbetare ska agera när enskild person avviker, inte öppnar eller uteblir från inplanerad träff	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för hur man gör en anmälan utifrån SoL § 14:1	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för nyckelhantering	 Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för förvaring av kemtekniska produkter, gäller verksamheter där brukarna vistas	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
	men inte relevant i hemtjänst/hemsjukvård		
Processområde säkerhet	Lokala rutin för hur verksamheten hanterar utmanande beteende	● Ja	
Processområde säkerhet	Lokal rutin för stick-och skärskador, samtliga verksamheter inom ÄO, LSS och IOF verksamheter som hanterar stickande- och skärande produkter.	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Processbeskrivning för god och säker hälso-och sjukvård	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för läkemedelshantering, verksamheter med HSL-ansvar	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin/arbetsordning/instruktion för hantering av läkemedel, verksamhet utan HSL-ansvar	Ej relevant	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för delegeringar, verksamhet som utför uppgifter enligt HSL eller på delegering enligt HSL.	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för vård i livets slutskede, alla verksamheter i ÄO samt i verksamheter där det kan förekomma.	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för åtgärder i samband med dödsfall, alla verksamheter och gäller både oväntade och väntade dödsfall	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal basala hygien-och klädrutiner (BHK)	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för förskrivning av inkontinenshjälpmedel, verksamheter med HSL-ansvar	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för tandvård/munhälsa, verksamheter där enskilda personer har rätt till tandvårdsstöd.	● Ja	
Processområde god och säker hälso-och sjukvård	Lokal rutin för nutritionsbedömning, verksamheter inom äldreomsorg samt LSS och socialpsykiatri med kunder >65 år	● Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin hur undernäring ska identifieras och hanteras, Avser verksamheter som omfattas av SOL, bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 samt vuxna 9 § 9 LSS. (Ej kortidsverksamheter eller dagligverksamheter inom LSS).	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för fallriskbedömning, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för bedömning av risk för trycksår, verksamheter med kunder >65 år och HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för medicintekniska produkter och utrustning (MTP/MTU), verksamhet med HSL- ansvar.SOL/ LSS-verksamhet utan HSL-ansvar: Rutin ska finnas som beskriver hur medarbetarna ska gå tillväga t.ex. om ett hjälpmedel går sönder	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för egenvård	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Processbeskrivning av metoder och arbetssätt	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av arbetssätt?	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Metodmanual	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av hur standardiserade instrument används	Ej relevant	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Strategidokument som beskriver verksamhetens arbete mot en evidensbaserad praktik	Ej relevant	

Samverkan

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

Samverkan

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

- Trelleborgs kommun är uppdragsgivare
- Valens vårdcentral för läkarkonsultation och läkarbesök till verksamheten en gång per vecka
- Oral Care gör hembesök till kunderna för att erbjuda tandvård och munhälsovård
- Attends ger handledning och utbildning till undersköterskor och sjuksköterskor i utprovning av inkontinensskydd
- Invacare ger service och underhåller samtliga hjälpmedel och sängar
- Arjo Sverige AB ger service och underhåller bubbelbadkar samt tillhörande lift
- Samhall erbjuder personal med erfarenhet och kompetens som kan vara annat än vård och omsorg, exempelvis lokalvård
- Trelleborg citysamverkan erbjuder möjlighet att vara med på events som anordnas för kommunens medborgare
- Kulturgarantin, Trelleborgs kommun erbjuder aktiviteter och konserter
- Kommunal, kontinuerliga samverkansmöten var tredje månad

Samverkan med kunder och närstående

Samtliga kunder och närstående erbjuds ett välkomstsamtal vid inflyttning. Vid samtalet deltar kontaktman, verksamhetschef eller planeringsledare, sjuksköterska samt kund och närstående, och vid samtalet planeras det hur samverkan med närstående ska fungera framåt.

Utöver boenderåd följs kundernas synpunkter upp av ansvarigt kostombud. Ombudet intervjuar kunderna om vad de tycker om menyn och om de har önskemål om maträtter eller inför högtider.

Närstående får löpande information per mail från verksamhetschef var vecka, och i dessa utskick uppmanas till kontakt med verksamhetschef om det förekommer synpunkter eller frågor.

Närstående får även kontinuerlig information och erbjuds kommunikation med såväl medarbetare som kunder, via appen Attendo Nära. Närstående bjuds till närståendeträffar två gånger per år.

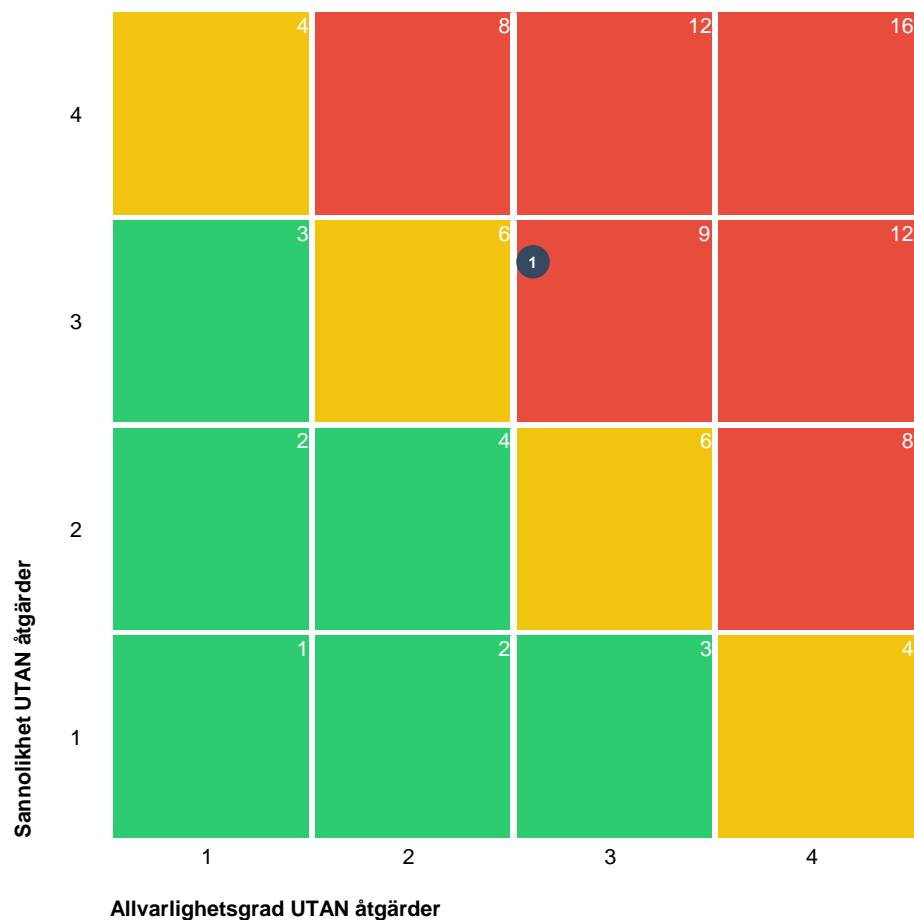
Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risker utifrån ett kundperspektiv identifieras på individ- eller verksamhetsnivå av verksamhetschef och medarbetare. Det kan exempelvis innefatta organisationsförändringar, utmanande situationer med boende eller införande av nya arbetsmetoder. Verksamhetschef ger uppdrag att genomföra en riskanalys, exempelvis till sjuksköterska, kontaktman eller kvalitetssamordnare. Ofta genomförs riskanalyser gemensamt på arbetsplatsträff eller kvalitetsmöte.

Bedömning av risk görs med hjälp av en riskmatris. Analysteamet tar fram förslag på åtgärder som riktar sig mot bakomliggande orsaker. Verksamhetschef beslutar därefter om vilka åtgärder som ska vidtas och efter detta följer implementering av eventuella förändringar i verksamheten. Analysteamet utvärderar sedan åtgärderna utifrån riskmatrisen.

Risikanalys



1 Hög Totalt: 1

Hög	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
Medium	4 Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning
Låg	3 Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö
	2 Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid
	1 Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund

Risker	Beskrivning	Konsekvensbeskrivning	Riskenivå UTAN åtgärder	Bakomliggande orsaker	Riskenivå MED åtgärder
Förhöjd temperatur i läkemedelsskåp r/t värmebölja	Bland de läkemedel vi hanterar finns läkemedel med en maximal förvaringstemperatur under sommarmånaderna när risken för värmebölja ökar blir det därför extra viktigt att hålla koll på temperaturen där läkemedel förvaras.	Risk för försämrad verkan hos de läkemedel som förvarats över sin max-temperatur.	Hög		Låg

Fyra riskbedömningar har gjorts under 2023 som är registrerade i Stratsys. Varav en finns att se i bifogad graf.

Risikanalyser görs i team med verksamhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska. De fyra riskbedömningar som utförts är:

Kund agerar våldsamt mot annan boende. Riskbedömningen visade på vikten att ha uppdaterade BPSD-åtgärder och handlingsplaner.

Kund klättrar från matsal till kök. Riskbedömningen påvisade att den öppna miljön som uppskattas av många kunder inte alltid är en säker miljö för alla kunder att vistas i och att det fysiska rummet måste anpassas till kundernas behov.

Risk för värmebölja utifrån kundperspektivet. Riskbedömningen resulterade i att personalens kunskap kring värmebölja ökades via information från VC och sjuksköterskor samt att recept för vätskeersättning lämnades ut till omvårdnadspersonalen.

Risk för värmebölja kopplat till värmekänsliga läkemedelsskåp. Riskbedömningen visade en risk att läkemedel förvarades över rekommenderad temperatur. Åtgärder sattes in så temperaturer kontrollerades under de varmaste månaderna.

Rapporteringsskyldighet

SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Alla händelser/avvikelser enligt SoL rapporteras i Attendos system för händelsehantering, tidigare Add och nuvarande Centuri. Vid nyanställning informeras medarbetare om vikten av att rapportera händelser och erbjuds utbildning av kvalitetssamordnare. Information om rapporteringsskyldighet lyfts kontinuerligt på arbetsplatsträffar.

Händelser dokumenteras i Centuri. Medarbetaren som upptäcker händelsen beskriver förloppet, trolig orsak till det inträffade samt ger förslag till åtgärd. Medarbetaren kan även på ett enkelt sätt ange om händelsen anmäls enligt lex Sarah. Händelsen skickas därefter per automatik till verksamhetschef för vidare hantering. Händelser analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt på individnivå på teammöten, och på månadsvis kvalitetsmöten på verksamhetsnivå.

I Centuri kan medarbetare även rapportera förbättringsförslag och dessa hanteras på samma sätt som en händelserapport.

För att få en sammantagen bild av 2023 års avvikelser kommer avvikelser mellan månad januari till augusti som hanterats i Add redovisas nedan i text. Övriga avvikelser visas i diagram nedan.

2023 sammanställning av avvikelser januari-augusti i ADD:

Omvårdnad 27 stycken

Fall 22 stycken

Synpunkter 4 stycken

Information 5 stycken

Kost och mathantering: 3 stycken

Larm 1 styck

Övrigt 36 stycken

Hot och våld 1 styck

Sammanlagt 99 stycken januari till augusti.

2023 sammanställning september till december i Centuri:

Omvårdnad 16 stycken

Fall 17 stycken

Synpunkter 0 stycken

Information 1 stycken

Kost och mathantering: 0 stycken

Larm 0 stycken

Övrigt 0 stycken

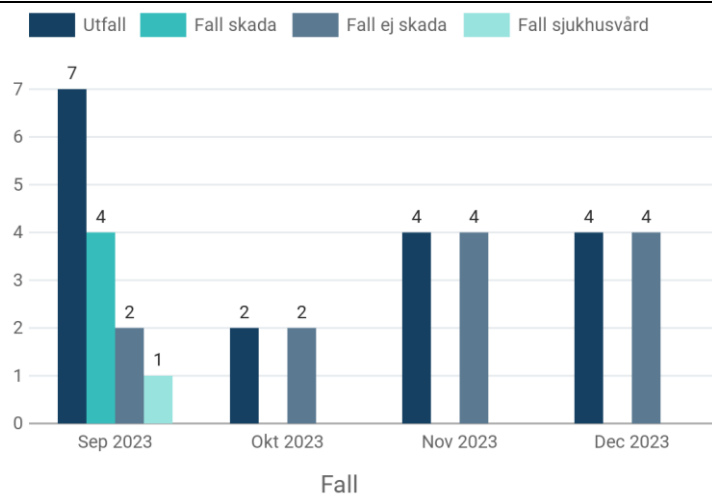
Hot och våld 0 styck

Sammanlagt 34 stycken september till december

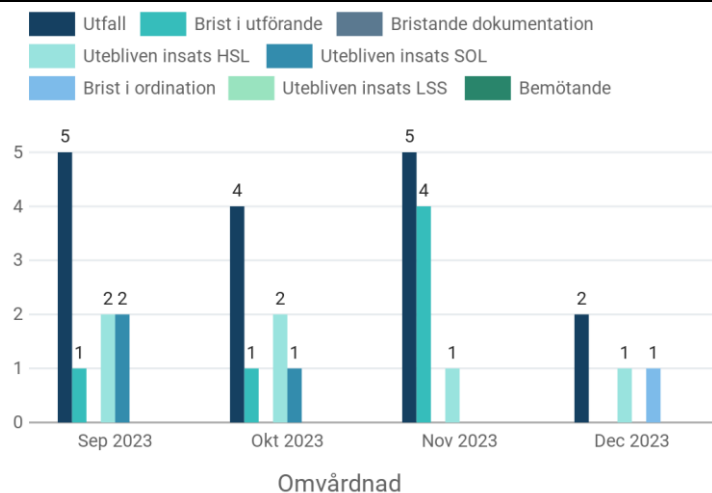
Sammanlagt under 2023 133 stycken avvikelser.

Avvikelser

	Kommentar
Inga tillgängliga data	Inga avvikelser gällande detta september-december
Inga tillgängliga data	Inga avvikelser gällande larm under september till december

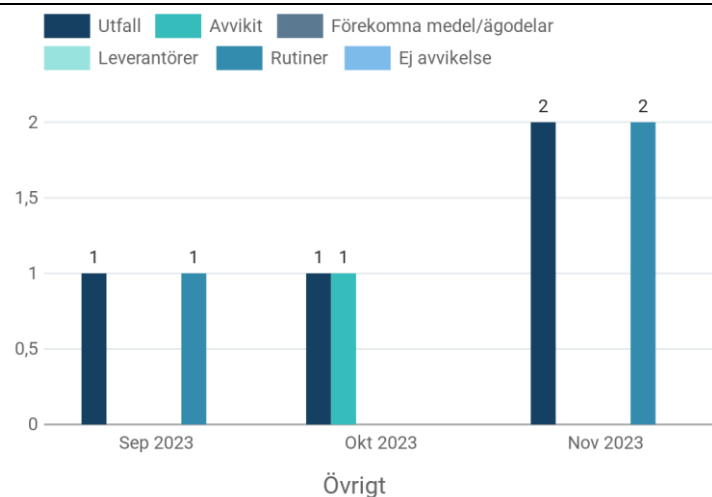
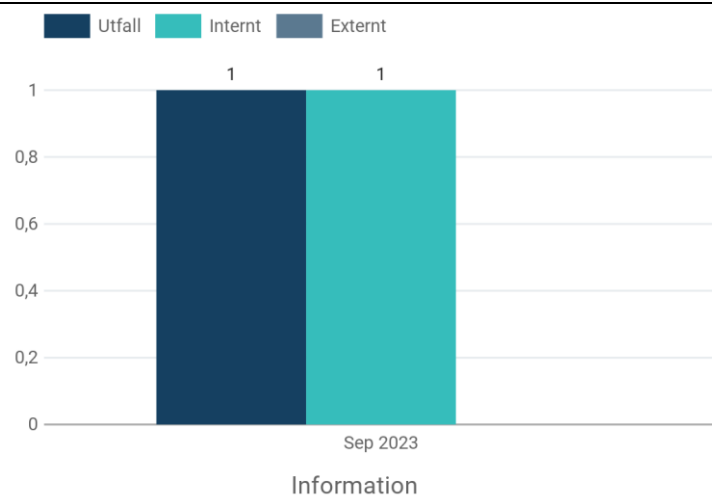


Kommentar



Inga tillgängliga data

Inga avvikelser gällande larm under september till december

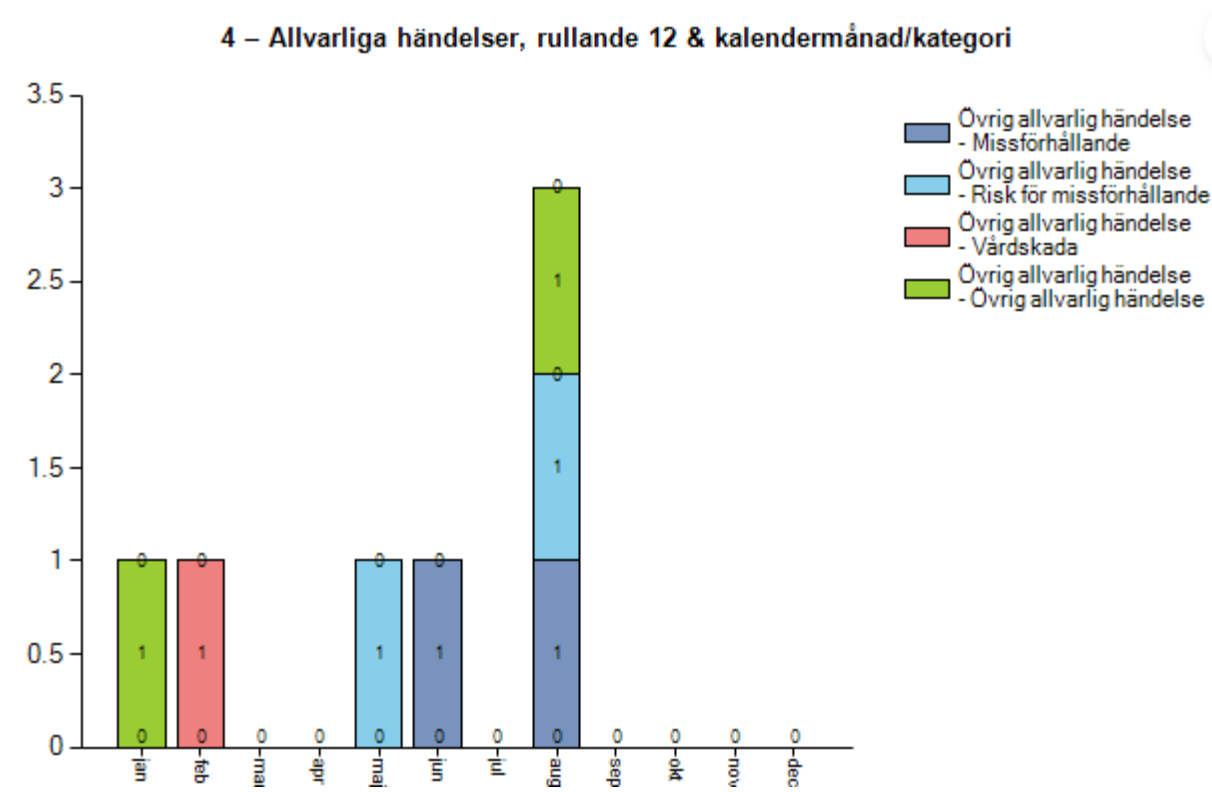


Kommentar	
Inga tillgängliga data	Inga avvikelser gällande larm under september till december

Lex Sarah

Avvikelser	Utfall	Kommentar
Antal Lex Sarah/Lex Maria med klassificering, samt övriga allvarliga avvikelser	Inga tillgängliga data	En avvikelse rapporterades som allvarlig händelse under oktober månad men har ännu inte registrerats klart i systemet. Avvikelsen utreddes med extern granskare och kategoriserades som ingen risk för missförhållande.

Under januari till augusti rapporterades nedan allvarliga händelser i Add



Antal allvarliga händelser under 2023:

Övriga 2 stycken

(Vårdskada 1 stycken)

Risk för missförhållande 2 stycken

Missförhållande 2 stycken

Allvarliga händelser som sker i verksamheten utreds alltid skyndsamt av utsedd utredare, resultat och åtgärder förankras sedan med verksamhetschef samt informeras ut i verksamheten. Efter utredningen är slutförd tas beslut om utbildningssatsningar behövs göras i verksamheten eller om andra åtgärder ska implementeras för att förhindra upprepning.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

Synpunkter och klagomål är en värdefull information till förbättrings- och utvecklingsarbetet. Vid välkomstsamtal informeras alltid kund och närstående/legal företrädare var de kan vända sig med synpunkter och klagomål.

Verksamheten har blanketten "Vi vill bli bättre" i entrén för att kunder och närstående på ett enkelt sätt ska kunna lämna synpunkter, antingen helt anonymt eller med namn och kontaktuppgifter. Blanketten lämnas till medarbetare eller till verksamhetschef. Om någon önskar lämna in en synpunkt anonymt läggs ifylld blankett i postfacket till verksamhetschef. Det går även bra att lämna synpunkter muntligen, i appen Nära eller per mail till verksamhetschef och övriga medarbetare. Verksamhetschef skickar veckobrev till närstående och i dessa uppmanas närstående alltid att ta kontakt om de har synpunkter eller klagomål.

Kunderna lämnar mestadels synpunkter personligen, antingen till medarbetare på avdelning eller till verksamhetschef.

Synpunkter från myndigheter och andra externa parter skickas till verksamhetschef som ansvarar för att utredning, åtgärder, uppföljning och återkoppling genomförs.

Alla synpunkter och klagomål följs upp och eventuella mönster analyseras, både på arbetsplatsträffar och på kvalitetsmöten.

Samtliga synpunkter och klagomål dokumenteras i Centuri och återkoppling sker alltid till kund, närstående eller myndighet efter analys samt efter uppföljning av åtgärder.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Vid varje kvalitetsmöte analyseras avvikelser på verksamhetsnivå där vi utgår från trender i avvikelser som inrapporterats under den gångna månaden. Om det finns ett mönster eller ett ihållande problem så kan handlingsplan och/eller riskbedömning utföras för att förhindra upprepning av det inträffade. Beslut tagna på kvalitetsmöten följs alltid upp nästkommande månad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsens brukarundersökning är en viktig måttstock för att mäta kundernas upplevda kvalitet och därför kommer undersökningen vara en viktig målsättning även under 2023. Verksamheten kommer att arbeta mot att nå målet genom att hålla fortsatt fokus på väl fungerande informations- och kommunikationsflöde samt följa och vidareutveckla rutiner för ett tryggt kontaktmannaskap. Mål är att uppnå 90 % i Socialstyrelsens brukarundersökning.

Målet är uppnått med resultatet 92% nöjdhet.

Livskvalitetsamtal enligt ASCOT

Under Q3 2023 kommer livskvalitetsamtal enligt ASCOT att införas i verksamheten. Det är en metod som är framtagen på University of Kent i England, som kan mäta och höja livskvaliteten för äldre personer på boende. Genom livskvalitetsamtal eller observationer identifieras individuella förbättringsåtgärder och målsättningar som sedan förs in i genomförandeplanen. Mål är att samtliga kunder ska ha fått ett livskvalitetsamtal eller observation samt åtgärder och målsättningar innan årets slut.

Målet är inte uppnått, utbildning för ansvariga personal har dock utförts under 2023. Ovan mål följer med in i 2024.

Kvalitetsindex

I slutet av 2022 sjönk kvalitetsindex från 100 till 80 med anledning av mild kritik efter granskningen av Miljö och hälsa (samt för en ej godkänd granskning av HSL-dokumentationen vilket lyfts i Patientsäkerhetsberättelsen). Mål för 2023 är att återigen uppnå index 100.

Attendo bytte avvikelsesystem under sensommaren och hösten 2023 och indexresultat finns ej i det nya systemet. Resultatet går därmed inte att slutföras.

Utbilda en ny kvalitetssamordnare

Verksamhetens kvalitetssamordnare avslutade sin tjänst för att börja arbeta på en annan Attendo-verksamhet i Visby och det finns därför ett behov av att utbilda en ny kvalitetssamordnare. Mål är att en ny kvalitetssamordnare utbildas under Q1.

Ny kvalitetssamordnare är utbildad och målet därmed uppnått.

Nytt system för avvikelshantering

Attendos system för avvikelser, Add, kommer att bytas ut under första halvåret 2023. Mål är att det nya systemet för avvikelser är implementerat innan juni 2023.

Nytt avvikelssystem implementerades under 2023, dock under augusti månad.

Närståendeundersökning

Verksamheten att fortsätta fokusera på ett väl fungerande informations- och kommunikationsflöde via brev/mail från verksamhetschef och via appen Attendo Nära. Närståendeträffar kommer att erbjudas på våren och på hösten, och till sommaren kommer närstående och kunder att bjudas in till ett större event, exempelvis en trädgårdsfest.

Anhörigombuden kommer att utbilda medarbetare i närståendekontakt, vara stöd vid samtal med närstående samt samordna och planera aktiviteter som riktas till närstående.

Mål är 90 % sammantagen nöjdhet i Attendo närståendeundersökning.

Inga närståendeundersökningar har genomförts under 2023.

NPS

Nöjda medarbetare är en framgångsfaktor och under 2023 kommer verksamheten fortsätta att fokusera på att skapa delaktighet och engagemang genom exempelvis värderingsveckor och tydliga ansvarsupdrag. Mål är NPS 10 %.

Resultatet efter årets 4 medarbetarundersökningar är att sannolikheten att rekommendera Attendo som arbetsgivare landade på -9,75 och sannolikheten att rekommendera sin egen arbetsplats -6,75. NPS mäts på båda dessa frågor och resultatet påvisar att medarbetare har större fallenhet att rekommendera sin egen arbetsplats jämfört med Attendo som stort. Resultatet är på minus men årets sista undersökning visade en stor ökning i båda NPS-mätningarna.

Intern revision

En ny intern revision kommer att genomföras under Q2 och målet är att nå 100 %.

Resultatet blev 98,18 % vilket är inom målet för godkänt resultat men målet är inte uppnått.

Granskning av SoL-dokumentation

En ny granskning av SoL-dokumentationen kommer att ske under Q2 och målet är att uppnå 100 %.

Resultatet blev 88,64% och målet är inte uppnått

Övergripande mål för kommande år

Inför 2024 kvarstår flera av föregående års målsättningar. Detta då flera av målen inte blev uppfyllda under 2023 samt att just dessa målen utgör en god grund för ett kvalitetssäkrat arbetssätt och kvalitetssäkrad verksamhet.

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsens brukarundersökning är en viktig måttstock för att mäta kundernas upplevda kvalitet och därför kommer undersökningen vara en viktig målsättning även under 2024.

Mål är att fortsättningsvis uppnå minimum 90 % i Socialstyrelsens brukarundersökning.

Livskvalitetsamtal enligt ASCOT

ASCOT är en metod som är framtagen på University of Kent i England, som kan mäta och höja livskvaliteten för äldre personer på boende. Genom livskvalitetsamtal eller observationer identifieras individuella förbättringsåtgärder och målsättningar som sedan förs in i genomförandeplanen.

Mål är att samtliga kunder ska ha fått ett livskvalitetsamtal eller observation samt åtgärder och målsättningar andra kvartalets slut samt att arbetssättet under 2024 vara integrerat i verksamheten som en naturlig del av kvalitetsarbetet med regelbundna samtal och uppföljningar minst var sjätte månad.

NPS

Nöjda medarbetare är en framgångsfaktor för en kvalitativ verksamhet och god omsorg till våra kunder.

Under 2024 är målet för nöjda medarbetare satt till NPS 10 %.

Granskning av SoL-dokumentation

En ny granskning av SoL-dokumentationen kommer att ske under månadsvis, hälften av journalerna per gång, under året samt granskare kommer utbildas inom omvårdnadspersonalen.

Målet är 100% godkända journaler