



Kvalitetsberättelse för Attendo Täppan År 2023

Lotta Larsson Verksamhetschef
Attendo Täppan

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål	4
Ansvarsfördelning	5
Mät- och uppföljningsmetod.....	7
Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	9
Uppföljning av åtgärder	10
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	12
Granskning av dokumentationen.....	13
Externa granskningar	13
Egenkontroll	13
Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem	15
Samverkan.....	21
Risikanalys	22
Riskanalys	22
Rapporteringsskyldighet.....	24
Avvikelser	24
Lex Sarah	25
Synpunkter och klagomål	26
Sammanställning och analys.....	27
Resultat.....	28
Övergripande mål för kommande år	30

Sammanfattning

Attendo Tappan bedriver vård och omsorg på entreprenad för Trelleborgs kommun. Boendet har inriktning demens och består av 39 lägenheter fördelat på 2 plan och 5 avdelningar.

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

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

- Intern revision
- Granskning av SoL-dokumentationen
- Kundundersökning med uppföljningar
- Medarbetarundersökningar med uppföljningar
- Utbildning- BPSD
- Rekryterat av ett antal nya medarbetare och introducerat dessa
- Kvalitetsmöte en gång per månad

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

De resultat som varit viktiga under 2023 som har uppnåtts är följande.

- Socialstyrelsens brukarundersökning
- Kundundersökningen
- BPSD-utbildning
- Nöjda medarbetare i NPS
- Godkänt resultat i den interna revisionen
- Godkända resultat av SoL-dokumentation
- Kvalitets möten en gång per månad

Övergripande mål

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

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 målen genom att hålla fokus på väl fungerande informations- och kommunikationsflöde. Mål på 2023 års undersökning sattes till 75 %.

Närståendeundersökningar

Närståendeundersökningen gjordes inte under 2023.

Kundundersökningen

Kundundersökningen är en viktig måttstock för att mäta kundernas upplevda kvalitet och därför kommer undersökningen vara en viktig målsättning under 2023. Mål för 2023 sattes till 90 %.

BPSD- registret

BPSD betyder beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och drabbar upp till 90 % av alla personer med demenssjukdom. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att bidra till forskning och kvalitetssäkring, samt ge en ökad livskvalitet och minska lindande för personer med demenssjukdom, genom att förebygga och minska BPSD. Mål för 2023 var följande.

- Samtliga medarbetare ska utbildas i BPSD-registret och bemötande.
- Alla skattningar ska genomföras i team, det vill säga BPSD-administratör, kontaktman och sjuksköterska ska alltid delta. I vissa fall även rehab personal.

Nöjda medarbetare

Attendo genomför regelbundet en medarbetarundersökning, den så kallade Medarbetartermometern, för att följa upp medarbetarnas trivsel och engagemang. Under 2023 genomfördes undersökningen en gång per kvartal. I medarbetartermometern ställs frågor om medarbetaren kan rekommendera Attendo och sin arbetsplats utifrån mätverktyget NPS.

Mål sattes till NPS 10%

Kontaktmannaskapet, CKM

Målet för 2023 i CKM var att samtliga nyanställda medarbetare skulle gå kontaktmannaskapsutbildningen.

Ansvarsfördelning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

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 följa upp.
- Fastställa rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas
- Utredda och åtgärda synpunkter, händelser och tillbud
- Följa upp och analysera verksamhetens resultat
- Utföra egenkontroll årligen
- Upprätta kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse årligen
- Ersätter kvalitetssamordnare vid dennes frånvaro

Kvalitetssamordnare ansvarar för att

- Kalla till kvalitets möten en gång per månad samt protokollföra dessa
- Utbilda medarbetare i Attendos program för händelserapportering, ADD/Centuri
- Delta i den årliga interna revisionen

Planeringsledare ansvarar för att

- Bemanna verksamheten och planera för frånvaro
- Lägga in alla 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 kvalitets möten en gång per månad
- Vara delaktig i temamöten 1 gång per vecka.
- Vara delaktig i kostmöten 1 gång per månad

Rehab – fysioterapeut och arbetsterapeut – ansvarar för att

- Arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner
- Påtala behov av nya eller uppdatera rutiner
- Delta i temamöten 1 gång per vecka
- Bedömning av ny inskrivna kunder.
- Utprovning och införskaffning av hjälpmedel.

Dokumentationsstöd ansvarar för att

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

Värderingscoacher ansvarar för att

- Tillsammans planera värderingsövningar till arbetsplatsträff
- Tillsammans 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, fem 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, fem 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

Rekrytering

I början på 2023 var rekryteringsbehovet stort och verksamheten hade ett antal vakanta tjänster. Arbetet med att rekrytera har under året haft högsta prioritet för att kunna bygga kvalitet i enlighet med Attendos krav och rutiner.

Socialstyrelsens brukarundersökning

Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning 2023 var 73 %. För att förbättra målet arbetade verksamheten med rekrytering av omvårdnadspersonal för att på så sätt arbeta vidare med att utveckla mat & måltider och aktivitetserbjudanden i samråd med kunderna. Efter hand som rekryteringarna av omvårdnadspersonal blev klara kunde fokus även läggas på att utveckla kontaktmannaskapet.

Närstående nöjdhet

För att nå nöjdhet bland närstående arbetade verksamheten med att utveckla informations- och kommunikationsflöde via månadsbrev från verksamhetschef samt öka användningen av Appen Attendo Nära. Två närståendeträffar har genomförts under året.

BPSD-registret

För att utveckla arbetet med BPSD-registret utbildades BPSD-administratörer så verksamheten har sju administratörer. Utbildning till all omsorgspersonal ombesörjdes under våren 2023.

Medarbetarnöjdhet

För att nå mål i medarbetarnöjdhet har fokus legat på rekrytering av omvårdnadspersonal. Under året har även planeringsledarens arbetsuppgifter följts upp och reviderats, arbetsroller har förtydligats, introduktioner för nyanställda har förbättrats och en gemensam fredagsfika har införts.

Kvalitets möten






Kvalitets möten hålls en gång per månad och sjuksköterskor, kvalitetssamordnare, verksamhetschef och omsorgspersonal deltar.

Intern revision

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 processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Revisionens syfte är att säkra verksamhetens interna processer samt att mäta att verksamheten håller en god kvalitet. Revisionen är även ett verktyg för att vidareutveckla verksamheten.

Den interna revisionen genomförs i maj månad av en granskare som är utbildad av Attendos kvalitetsavdelning. På revisionen följdes bland annat egenkontroll, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, rutiner, avtal, tillstånd, händelsehantering och arbete med riskanalyser upp. Medarbetarna intervjuas även om rapporteringsplikt, skyddsåtgärder, basala hygienrutiner, dokumentation med mera. Granskaren skriver en rapport som läggs in i Stratsys.

Uppföljning av åtgärder

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
 Pågående BPSD	Lotta Larsson	All personal har fått utbildning i BPSD och bemötande under våren.	Alla kunder som önskar skall registreras och skattas i BPSD.	2023-05-01 2023-12-31	
 Avslutad Extern Granskning	Lotta Larsson	<p>Miljö och hälsa framförde kritik då det fanns fukt under diskmaskinerna i våra kök. Kontakt tagits med Trelleborgs kommun och Trelleborgshem angående åtgärder.</p> <p>Apoteksgranskning resulterade i påpekan av städning i medicinskåp då det fanns salvor som hade utgående datum.</p>	<p>Följa livsmedelsverkets hygienrutiner.</p> <p>Rutin framtagen av städning av medicinskåp utförs av kontaktperson.</p>	2023-06-15 2023-12-31	
 Avslutad Fall avvikelse natten. Sätt över hur nattpersonalen är placerad för att minska fallavvikelser.	Lotta Larsson	Minska fall på natten.	Mindre fall.	2023-01-23 2023-12-31	
 Avslutad Intern Granskning	Lotta Larsson	VC på plats som kan följa upp åtgärderna.	Godkänt resultat i Intern revisionen.	2023-05-04 2023-12-31	
 Avslutad Levnadsberättelse	Lotta Larsson	Var och en kontaktperson skall gå igenom och lägga in levnadsberättelsen. Om kund inte vill lämna denna skall det skrivas en kommentar om detta.		2023-09-01 2023-12-31	

Åtgärder	Ansvarig	Syfte med åtgärdsförslag	Tänkbar effekt och förväntad nytta	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
 Pågående Socialstyrelsens undersökning	Lotta Larsson	Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning 2023 blev 73 %. Önskat resultat var 75 %. Målet är därmed inte uppnått. Åtgärdsförslag var/har bjudit in anhöriga för redovisning av resultat samt förståelse vad som skall förbättras.	Diskussioner hölls på anhörgmötet och det fram kom att många saker är åtgärdade under året samt en positiv ökning av Nära Appen.	2023-09-01 2023-12-31	

Vid resultat från samtliga punkter i kvalitetsarbetet så analyseras resultatet och skapas handlingsplaner för att ytterligare förbättra och/eller bibehålla goda resultat.

Temamöten sker veckovis, kvalitets möten 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 med öppna jämförelser och jämförelser med andra verksamheter
- Jämförelser mellan verksamhetens nuvarande och tidigare resultat
- Jämförelser av verksamhetens resultat i närståendeundersökningar
- 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
- Internrevision
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister

Externa kontroller som har genomförts under 2023 är följande.

- Trelleborgs kommun har genomfört granskning utifrån avtalet
- Miljö och hälsa har genomfört två granskningar

Avtalsuppföljningen med Trelleborgs kommun blev godkänd.

Miljö och hälsa framförde kritik då det fanns fukt under diskmaskinerna i våra kök. Detta har lyfts vidare till Trelleborgshem och Trelleborgs kommun. Miljö och hälsa har tagit del av mailkonversationerna mellan verksamheten och Trelleborgshem och Trelleborgs kommun och är nöjda med svaren.

Granskning av dokumentationen

Verksamheten dokumenterar utifrån följande lagstöd.

Socialtjänstlagen SOL 2001:453, Lag om behandling av personuppgifter i socialtjänsten 2001:454, Föreskrifter och allmänna råd om Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, SOSFS 2014:5, Personuppgiftslagen 1998:204, Hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982:763, Patientdatalagen PdL 2008:355, Patientlagen 2014:821, Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i Hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14.

Granskning av dokumentation enligt SoL utförs en gång per år genom att 25 % slumpvis valda journaler granskas enligt mall för granskning. Granskning av dokumentation enligt SoL genomfördes i verksamheten i juni månad med resultat 95 %.

Analys

Anledning till att resultatet inte uppnådde 100 % är att det saknas uppgifter så som levnadsberättelse.

Granskning av dokumentationen

Kvalitetsindikatorer	Utfall	Antal journaler granskade
Dokumentationsgranskning SÄBO SoL	95,45%	10

Externa granskningar

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

Avtalsuppföljningen godkändes.

Miljö och hälsa framförde kritik då det fanns fukt under diskmaskinerna i våra kök.

Apoteksgranskning resulterade i påpekan av städning i medicinskåp då det fanns salvor som hade utgående datum.

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

Egenkontroll

Kontroller	Resultat	Analys
Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?	Attityder hos medarbetarna hanteras löpande under året och värderingsveckor sker två gånger per år.	Under 2023 har värderingsövningar utförts där var och en avdelning har arbetat med Attendos värdeord. Detta har visat goda resultat utifrån olika övningar i personalgruppen.
Brukar-, klient- och närståendeundersökningar	Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning 2023 blev 73 %. Önskat resultat var 75 %. Målet är därmed inte uppnått. Närståendeundersökningen gjordes inte under 2023. Resultat i Attendos kundundersökningen november 2023 blev 95 % och har ökat i positiv riktning sedan februari 2023 då resultatet var 73 %.	Efter rekrytering av omsorgspersonal för att på så sätt arbeta vidare med att utveckla mat & måltider och aktivitetserbjudanden i samråd med kunderna. Efter hand som rekryteringarna av omvårdnadspersonal blev klara kunde fokus även läggas på att utveckla kontaktmannaskapet. Ny uppstart av Nära Appen har gett gott resultat. Detta följs hand i hand. Diskussioner hölls på anhörigmötet och det framkom att många saker är åtgärdade under året samt en positiv ökning av Nära Appen.
Externa granskningar	Externa granskningar under 2023 har varit från Trelleborgs kommun via avtalsuppföljning, Miljö och hälsa samt Apoteksgranskning. Avtalsuppföljningen godkändes.	Följa livsmedelsverkets hygienrutiner. Rutin framtagen av städning av medicinskåp utförs av kontaktperson.

Kontroller	Resultat	Analys
	<p>Miljö och hälsa framförde kritik då det fanns fukt under diskmaskinerna i våra kök.</p> <p>Apoteksgranskning resulterade i påpekan av städning i medicinskåp då det fanns salvor som hade utgående datum.</p>	
Resultatet av Intern revision kvalitet	Granskningen utifrån Attendos manual blev resultatet 94%. Godkänt resultat är 95%.	Missuppfattning om att detta gällde extern granskning då det fanns analys för resultat av extern granskning men ej om intern revision. Detta då det kommit en ny VC som missuppfatta detta samt det inte fanns skrivit i kvalitetsberättelsen om hur många händelser/avvikelser som inträffat under 2022. Under 2022 var inte läkemedelshantering gjord från extern granskare Apoteket. Hygien ronder var 2 stycken gjord under 2022.
Avvikelsehantering	<p>2023 sammanställning av avvikelser.</p> <p>Omvårdnad 9 stycken</p> <p>Fall 83 stycken</p> <p>Läkemedel 16 stycken</p> <p>Medicintekniska hjälpmedel 3 styck</p> <p>Synpunkter 2 stycken</p> <p>Information 1 stycken</p>	<p>Fallen har minskat betydande från 2022. Då vi satt över våra rutiner på natten då många fall inträffade.</p> <p>Läkemedel som ofta gömdes och ges har också minskat. Detta då vi har fått ett nytt verktyg till vår hjälp. APPVA.</p> <p>Då omsorgsinsatserna är inlagda i vårt system Epsilon har detta också förbättrats.</p>
Allvarliga avvikelser	Inga allvarliga händelser under 2023.	Morgonmöte varje dag där med personal från varje avdelning träffas med planeringsledare, sjuksköterska och som ofta verksamhetschef. Följer upp diskuterar dagen.
Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter	<p>Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning 2023 var 73 %.</p> <p>För att förbättra målet arbetade verksamheten med rekrytering av omvårdnadspersonal för att på så sätt arbeta vidare med att utveckla mat & måltider och aktivitetserbudanden i samråd med kunderna. Efter hand som rekryteringarna av omvårdnadspersonal blev klara kunde fokus även läggas på att utveckla kontaktmannaskapet.</p>	<p>Efter rekrytering av omsorgspersonal för att på så sätt arbeta vidare med att utveckla mat & måltider och aktivitetserbudanden i samråd med kunderna. Efter hand som rekryteringarna av omvårdnadspersonal blev klara kunde fokus även läggas på att utveckla kontaktmannaskapet. Ny uppstart av Nära Appen gett gott resultat. Detta följs hand i hand.</p>
Resultat av dokumentationsgranskning	Granskningen av dokumentation enligt SoL utförs en gång per år genom att 25 % slumpvis valda journaler granskas enligt mall för granskning. Granskningen av	Anledning till resultatet inte uppnådde 100 % är att det saknas uppgifter så som levnadsberättelse.

Kontroller	Resultat	Analys
	dokumentation enligt SoL genomfördes i verksamheten i juni månad med resultat 95 %.	
Synpunkter från närstående, brukare och andra	Under 2023 var antalet synpunkter lågt. Ett par synpunkter på att det var för kallt i korridorerna samt det kom lukt från sköljrummet ut i korridoren. Återkopplingen skedde till Trelleborgs kommun där synpunkterna avslutades då ingen återkoppling önskades från de som skickat in synpunkterna.	Återkopplingen skedde till Trelleborgs kommun där synpunkterna avslutades då ingen återkoppling önskades från de som skickat in synpunkterna.

Egenkontroll

Attityder hos medarbetarna hanteras löpande under året och värderingsveckor sker två gånger per år. Under året har vi arbetat med fokus på våra värdeord inom Attendo. Där avdelningarna har fått olika fokusområden att arbetat med sedan redovisa dessa svar.

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.

Den interna revisionen genomförs en gång om året av en granskare som är utbildad av Attendos kvalitetsavdelning. På revisionen följdes bland annat egenkontroll, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, rutiner, avtal, tillstånd, händelsehantering och arbete med riskanalyser upp. Medarbetarna intervjuas även om rapporteringsplikt, skyddsåtgärder, basala hygienrutiner, dokumentation med mera. Granskaren skriver en rapport som läggs in i Stratsys.

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

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

Dokumentationsgranskning har under 2023 skett en gång.

Synpunkter hanteras omgående av verksamhetschef.



Egenkontroll lokalt kvalitetsledningssystem


	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Aktuell beskrivning av verksamheten och målgruppen	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Aktuell laglista	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för värderingsarbetet	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för nationella värdegrunden i äldreomsorgen	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Processbeskrivning för sekretess och informationssäkerhet	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för tystnadsplikt	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för utlämnande av journalhandling?	 Ja	
<i>Verksamhet</i>	Lokal rutin för loggning i digitala journalsystem	 Ja	
<i>Processområde värderingsarbete</i>	Loggkontroller utförda enligt rutin	 Nej	Utförts två gånger under året. Rutin och aktualisering kommer att följas 2024.
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för dokumentation i nationella kvalitetsregister, avser alla verksamheter som arbetar med kvalitetsregister	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Lokal rutin för sändning och mottagning av sekretesshandling	 Ja	
<i>Processområde sekretess och informationssäkerhet</i>	Processbeskrivning för individdokumentationen	 Ja	
<i>Processområde individdokumentation</i>	Lokal rutin för dokumentation i IT-baserat journalsystem	 Ja	
<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	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<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	
<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	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<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 men inte relevant i hemtjänst/hemsjukvård	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokala rutin för hur verksamheten hanterar utmanande beteende	● Ja	
<i>Processområde säkerhet</i>	Lokal rutin för stick-och skärskador, samtliga verksamheter inom ÄO, LSS och IOF verksamheter som hanterar stickande- och skärande produkter.	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Processbeskrivning för god och säker hälso-och sjukvård	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för läkemedelshantering, verksamheter med HSL-ansvar	● Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin/arbetsordning/instruktion för hantering av läkemedel, verksamhet utan HSL-ansvar	● Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för delegeringar, verksamhet som utför uppgifter enligt HSL eller på delegering enligt HSL.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för vård i livets slutskede, alla verksamheter i ÄO samt i verksamheter där det kan förekomma.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för åtgärder i samband med dödsfall, alla verksamheter och gäller både oväntade och väntade dödsfall	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal basala hygien-och klädrutiner (BHK)	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för förskrivning av inkontinenshjälpmedel, verksamheter med HSL-ansvar	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för tandvård/munhälsa, verksamheter där enskilda personer har rätt till tandvårdsstöd.	 Ja	
<i>Processområde god och säker hälso-och sjukvård</i>	Lokal rutin för nutritionsbedömning, verksamheter inom äldreomsorg samt LSS och socialpsykiatri med kunder >65 år	 Ja	
<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	 Ja	

	Nulägesfrågor	Svar	Kommentar
	ska gå tillväga t.ex. om ett hjälpmedel går sönder		
<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	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av arbetssätt?	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Metodmanual	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Beskrivning av hur standardiserade instrument används	 Ja	
<i>Processområde Metoder och arbetssätt</i>	Strategidokument som beskriver verksamhetens arbete mot en evidensbaserad praktik	 Ja	

Samverkan

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

Extern samverkan

- Trelleborgs kommun är uppdragsgivare. Under 2023 har kontakt främst skett via epost och telefon.
- Fagerängens och Kattens vårdcentral för läkarkonsultation och läkarbesök till verksamheten en gång per vecka.
- Oral Care som gör hembesök till kunderna för att erbjuda tandvård och munhälsa.
- Attends ger handledning till undersköterskor och sjuksköterskor i utprovning av inkontinensskydd.
- Invacare ger service och underhåller samtliga hjälpmedel och sängar.
- Samhall erbjuder personal med erfarenhet och kompetens som kan vara annat än vård och omsorg, exempelvis lokalvård.
- Trelleborg Citysamverkan erbjuder oss möjlighet att vara med på events som anordnas för kommunens medborgare.
- Föreningen Gamla Trelleborg erbjuder föreläsningar om Trelleborgs historia
- Kulturgarantin, Trelleborgs kommun erbjuder aktiviteter och konserter.
- Kommunal, kontinuerliga samverkansmöten var tredje månad

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

Alla kunder bjuds in till boenderåd fyra gånger per år.

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 högtider.

Närstående får löpande information per mail från verksamhetschef en gång per månad och i dessa utskick uppmanas till kontakt med verksamhetschef om det förkommer synpunkter eller frågor. Närstående får även kontinuerlig information och erbjuds kommunikation med såväl medarbetare som kund via Appen Attendo Nära. Närstående bjuds in till närståendeträffar två gånger per år.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

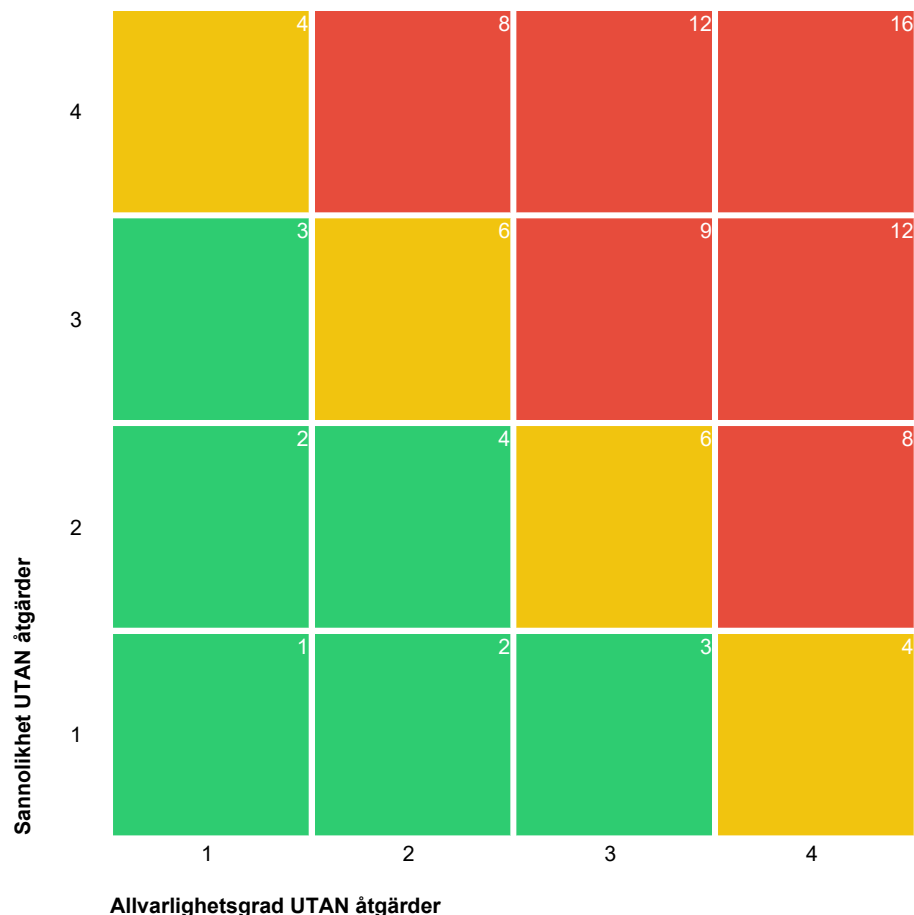
Riskanalys upprättas alltid av verksamhetschef och medarbetare tillsammans inför en förändring eller risk i verksamheten. Riskernas allvarlighetsgrad och sannolikhet analyseras, åtgärder sätts in och följs sedan upp.

Följande riskanalyser har genomförts i verksamheten under 2023.

- Bemanning inför sommaren
- Värmebölja – inför sommarvärmen
- Risk med vakanser
- Införande av Appva
- Fall
- Användning av sänggrindar och sensorlarm.

Riskanalys är gjord enligt matris.

Riskanalys



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.			

Rapporteringskyldighet

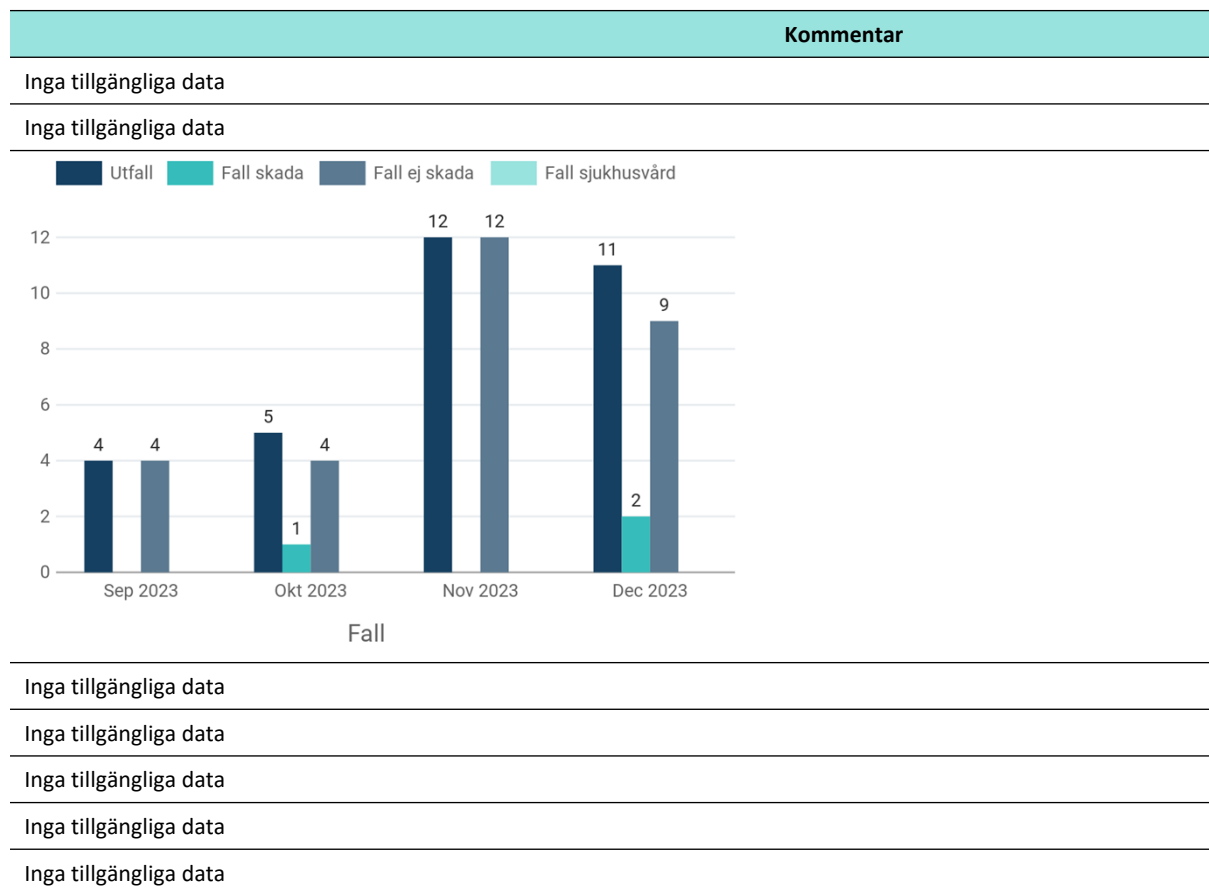
SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Alla händelser rapporteras i Attendos system för händelsehantering, ADD/Centuri, samt i journalsystem Life Care. Vid nyanställning informeras medarbetare alltid om vikten att rapportera händelser och erbjuds utbildning av kvalitetssamordnare i ADD/Centuri.

I ADD/Centuri dokumenteras händelser på verksamhetsnivå och inga enskilda personuppgifter lämnas. Medarbetaren som upptäcker händelsen beskriver förloppet, trolig orsak till det inträffade samt förslag till åtgärd. Händelsen skickas därefter per automatik till verksamhetschef för vidare hantering. Rapporterade händelser analyseras, åtgärdas och följs upp på kvalitets möten en gång per månad, och protokoll från kvalitets möten presenteras och diskuteras därefter på arbetsplatsträffar. I ADD/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.

Avvikelser



2023 sammanställning av avvikelser januari-augusti i ADD:

Omvårdnad 9 stycken

Fall 49 stycken

Läkemedel 10 stycken - samt 6 stycken under september till december i centuri.

Medicintekniska hjälpmedel 3 styck

Synpunkter 2 stycken

Information 1 stycken

Lex Sarah

Avvikelse	Utfall	Kommentar
Antal Lex Sarah/Lex Maria med klassificering, samt övriga allvarliga avvikelser		Inga tillgängliga data

Inga Lex Sarah eller Lex Maria har inkommit under 2023.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

Synpunkter och klagomål är en värdefull information till förbättrings- och utvecklingsarbetet. Vi har alltid blankett "Vi vill bli bättre" liggande 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. Vill någon lämna in synpunkten anonymt läggs den i postfacket till verksamhetschef. Det går även utmärkt att lämna synpunkter muntligt eller per mail eller telefon. Verksamhetschef skickar månadsinformation 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 utförare skickas vanligtvis direkt till verksamhetschef som ansvarar för utredning åtgärder, uppföljning och återkoppling.

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

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

Sammanställning av rapporterade synpunkter under 2023

Under 2023 var antalet synpunkter lågt. Ett par synpunkter på att det var för kallt i korridorerna samt det kom lukt från sköljrummet ut i korridoren. Återkopplingen skedde till Trelleborgs kommun där synpunkterna avslutades då ingen återkoppling önskades från de som skickat in synpunkterna.

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 kvalitets möten följs alltid upp nästkommande månad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Socialstyrelsens brukarundersökning

Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning 2023 blev 73 %. Önskat resultat var 75 %. Målet är därmed inte uppnått.

Närståendeundersökning

Närståendeundersökningen gjordes inte under 2023.

Kundundersökning

Resultat i Attendos kundundersökningen november 2023 blev 95 % och har ökat i positiv riktning sedan februari 2023 då resultatet var 73 %.

BPSD-registret

Mål för arbetet med BPSD-registret för 2023 var följande.

- Samtliga medarbetare ska utbildas i BPSD-registret och bemötande
- Alla skattningar skall genomföras i team

All personal har fått utbildning i BPSD och bemötande.

Alla skattningar är gjorda i team.

Målet är där med uppnått.

Nöjda medarbetare

I början på 2023 var rekryteringsbehovet stort och verksamheten hade ett antal vakanta tjänster. Arbetet med att rekrytera har under året haft högsta prioritet för att kunna bygga kvalitet i enlighet med Attendos krav och rutiner. Resultat som uppnåtts är att de flesta vakanta tjänster är tillsatta.

Medarbetartermometern har skickats ut till samtliga medarbetare en gång i kvartalet och målet sattes till 10 % 2023.

NPS Resultat

Q1 - 4 %

Q2 16 %

Q3 0 %

Q4 68 %

Resultatet blev högre vilket innebär att målet blev över all förväntan.

Kontaktmannaskapet, CKM

Målet för 2023 i CKM var att samtliga nyanställda medarbetare skulle gå kontaktmannaskapsutbildningen.

Målet har delvis uppnåtts men med fortlöpande utbildning under 2024.

Övergripande mål för kommande år

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. 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 att trygga kontaktmannaskap. Mål är att uppnå 80 % i Socialstyrelsens brukarundersökning.

Närståendeundersökningen

Verksamheten ska fortsätta fokusera på ett väl fungerande informations- och kommunikationsflöde via mejl från verksamhetschef och via Attendo Nära. Närståendeträffar kommer att erbjudas på våren och hösten.

Kundundersökningen

Verksamheten kommer var lyhörd för kundernas behov där fokus kommer vara på god mat och aktiviteter efter kundernas önskemål.

Medarbetartermometern

Nöjda medarbetare är en framgångsfaktor och under 2024 kommer verksamheten fortsätta att fokusera på att skapa delaktighet och engagemang genom exempelvis tydliga ansvarsuppdrag och fokus på våra värderingar inom Attendo.

Kontaktmannaskapsutbildning, CKM

Mål är att alla som inte gått CKM ska göra detta under 2024.