



Humana

Humana

Kvalitetsberättelse 2021

Högalid



Humana

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Beskrivning av verksamheten	3
Organisation.....	4
Ansvarsfördelning	4
Kvalitetsledningssystem	5
Övergripande kvalitetsmål för verksamheten	5
Aktiviteter/åtgärder	6
Utbildning.....	7
Samverkan	7
Systematiskt förbättringsarbete	8
Egenkontroll.....	8
Extern kontroll.....	9
NKI	10
Utredning av avvikelser	10
<i>Rapporteringsskyldighet.....</i>	<i>10</i>
<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>12</i>
Riskanalys	12
Anmälan	13
Förbättringsområden framåt	13



Humana

Sammanfattning

Verksamhetens vård och omsorg med HSL-ansvar har drivits av Humana Omsorg AB i snart 2 år. År två har flutit på smidigare och flera rutiner samt arbetsprocesser har kommit på plats men målen är ännu inte nådda, det finns utvecklingsområden.

Det förekommer fortsatta utmaningar med HSL-organisationen som har hög personalomsättning. Det förekommer också utmaningar kring gruppleaderskapet som är ett av utvecklingsområdena. För att slutföra processen med att nå gemensam idealbild i verksamhetens sociala- och organisatoriska arbetsmiljö kommer stabilitet, tydlighet och lojalitet till uppdraget vara viktiga ledord i ledarskapet för både HSL-organisationen och gruppledarna. Vårt mål är att uppnå en stabil nivå av engagemang, glädje och ansvarstagande för samtliga avdelningar.

Kvalitativt har det inte utförts en brukarundersökning. Medarbetarundersökning utfördes dock första kvartalet och påvisade en nöjdhet på 66%. Prioriteringsområden var arbetssituation/arbetsförutsättningar samt delaktighet/arbetsklimat. Dessa kopplas ihop med de utvecklingsområden som gäller för verksamheten.

Fortsatta utmaningar följde i pandemins spår där fortsatt fokus var att skydda kunder och personal från smittspridning på verksamheten. Riskbedömningar och handlingsplaner för Covid-19 samt användning av skyddsmaterial fortsatte göra verksamheten väl förberedd för händelser och skapade fortsatt trygghet under året för både kunder, personal och anhöriga.

Parallellt förelåg det rekryteringssvårigheter av personal till HSL-organisationen samtidigt som flera medarbetare inom omvårdnaden gick i pension och några valde att sluta på verksamheten.

En del utbildningar utfördes och gemensamma möten skedde mer frekvent. Under hösten började vi även utföra en del större våningsanknutna gemensamma aktiviteter och den mycket uppskattade fredagsbuffén för kunderna infördes i aktivitetslokalen igen.

Under hösten/slutet av året rekryterades nya gruppledare och arbetet med att nå en gemensam idealbild på verksamheten blir därför ett av avstampen för kommande år. Under hösten rekryterades även en ny arbetsterapeut och en ny aktivitetsansvarig, där motivation samt engagemang för nytänkande fick sig ett uppsving.

Verksamheten har fortsatt högt socialt ansvarstagande då det finns medarbetare med lönebidrag. Dessa har möjligheten till anställning på verksamheten som skulle vara svårt för dem på andra ställen. I slutet av året startade även arbetsprövningar för två medborgare som behövde få utvärderat sina arbetsförmågor.

Året lämnades med endast två medarbetare smittade av Covid-19, båda smittade av hushållskontakter, medan inga kunder blev smittade. Det ena smittfallet för medarbetare genererade inte till någon smittspårning då medarbetaren ej var på verksamheten under smittperioden. Det andra fallet genererade till smittspårning som inte var klar när året var slut.

Totalt sett har sjukfrånvaron varit hög hela året men steg ytterligare från september månad. Snittet för året blev 6,9%.

Beskrivning av verksamheten

Högalid är ett somatiskt vård- och omsorgsboende och ligger fint inbäddat i ett bostadsområde i norra delen av Trelleborg. Byggnaden uppfördes år 2010 och har 40



Humana

lägenheter.

Lägenheterna är fördelade på två plan och fyra avdelningar där varje avdelning består av tio lägenheter. Varje lägenhet har kokmöjligheter, garderobsutrymmen och handikappanpassad toalett. Det finns även möjlighet till förrådsutrymme.

På varje avdelning finns mottagningskök för kyld mat som personalen tillreder. Dessutom finns gemensamhetsutrymmen så som matsal, vardagsrum och stora balkonger eller terrasser.

Det finns en aktivitetslokal med möjlighet till olika sysselsättningar, trädgård med vattenfontän och planteringar.

Organisation

På Högalid finns verksamhetschef och gruppledare tillgängliga alla vardagar. Gruppledarna ingår numera även i vårdarbetet och verksamheten har därför en gruppledare tjänstgörande två helger av tre. Övrig tid kan vid akuta ärenden någon ur ledningen kontaktas.

I ansvaret som gruppledare ingår bl.a. att ha hand om den löpande personalplaneringen så som sjukfrånvaro, semesterplanering och rekrytering av timanställda. I ansvaret ingår även att hantera Medvind som är ett schema- och tidsrapporteringsprogram. Gruppledarna ansvarar för att kontrollera att insatser är utförda och initiera uppdateringar av genomförandeplaner och riskbedömningar i kunds hem. Gruppledarna är också medansvariga till att verksamheten bedrivs enligt avtalet med kommunen.

Sjuksköterska finns att tillgå dygnet runt. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå på vardagar. När det har förelegat frånvaro i dessa yrkesgrupper har bemanningsföretag anlitats.

Tillsvidareanställd omvårdnadspersonal är utbildade undersköterskor. På varje avdelning finns utsedda aktivitets-, kost-, inkontinens- samt kvalitetsombud. På vardera våning finns ett brandombud.

Aktivitetsansvarig arbetar måndag till fredag med gemensamma aktiviteter för boendets kunder. Aktivitetsansvarig är numera även inkopplad i vårdarbetet.

Två lokalvårdare ansvarar över städningen i lägenheterna samt allmänna utrymmen på vardagar.

Ett köksbiträde ansvarar över matberedningen inför lunchen på vardagar.

Ansvarsfördelning

Humanas kvalitetsavdelning är ansvarig för att fastställa mål och processer för det systematiska kvalitetssäkringsarbetet och har kontinuerlig uppföljning genom internkontroller. Detta säkerställer att verksamheten arbetar i enlighet med de krav som IVO ställer samt att arbetssätt och rutiner är effektiva och ändamålsenliga.

Alla medarbetare har skyldighet att följa de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska i Humana följer regelbundet upp hälso- och sjukvården på Högalid genom internkontroller. MAS ansvarar för att rapportera och planera åtgärder till ansvariga chefer för att säkerställa hög patientsäkerhet. MAS är anmälningsansvarig gällande Lex Maria.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose



Humana

patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, samt att verksamheten bedrivs enligt avtal, företagets kvalitetsledningssystem samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Verksamhetschefen har ansvaret för planeringar och uppföljningar för verksamhetens utveckling och att de rutiner och riktlinjer som regionchef och MAS fastställer är kända i verksamheten. Tillsammans med HSL-personal kvalitetssäkras Hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Varje våning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, vilket bland annat innebär ansvar att bedöma patientens hälsotillstånd, fastställa omvårdnadsdiagnoser, planera omvårdnaden och utvärdera patientens hälsotillstånd utifrån fastställda mål och att dokumentera omvårdnadsprocessen.

Arbetsterapeut och sjukgymnast genomför bedömningar för att utreda behov, sätta upp mål och åtgärder för behandling tillsammans med kund och omvårdnadspersonal. Genom observation och undersöknings- och mätmetoder utreds patientens aktivitetsförmåga avseende ADL. De gör även utprovningar för specifika produkter och hjälpmedel samt ordinerar träningar, samt dokumenterar omvårdnadsprocessen. Arbetsterapeut och sjukgymnast ingår även i aktivitetsteamet tillsammans med aktivitetsansvarig och ska initiera gruppaktiviteter och gruppträningar.

Omvårdnadspersonalen utför sina uppgifter enligt rutiner och insatser enligt kundens behov och genomförandeplan. I ansvaret ingår att dokumentera enligt SoL och att kunna motta delegering samt rapportera till legitimerad personal. I kontaktmannaskapet ingår speciellt uppdrag och även olika ansvarsområden.

Kvalitetsledningssystem

Ledningssystemet Parus (Process, Aktivitet, Rutin, Uppföljning, Samverkan) är uppbyggt utifrån SOSFS 2011:9. Parus beskriver vår lednings- och kärnprocess samt våra stödprocesser. Varje process har ansvarig processägare. Samtliga processer mäts och övervakas regelbundet genom olika rapporter för att kunna fungera optimalt och följer processmetodiken "Plan, Do, Check, Act".

I det dagliga arbetet fungerar Parus som ett redskap, en konkret handbok. Genom sin tydliga uppbyggnad, med grund i den praktiska verksamheten, är det lätt för personalen att orientera sig i ledningssystemet och hitta den rutin, tillhörande dokument eller uppföljning som de söker.

I Parus läggs verksamhetens lokala instruktioner fortlöpande in. Systemet ger genom sin uppbyggnad verksamheten stöd i arbetet. I början av året skapas affärsplan med aktiviteter att följa inom de olika processerna, vilket säkerställer att uppgifter blir utförda. Resultat av egenkontroller och internkontroller läggs in i systemet och visar på ett enkelt sätt när handlingsplaner behöver upprättas. Utvärdering av verksamhetens aktiviteter sker månadsvis i Parus.

Övergripande kvalitetsmål för verksamheten

Kvalitetsmålen under 2021	God kvalitet/Avvikelse/Förbättringsområde
Läkemedelshantering, inga uteblivna doser.	God kvalitet- förbättringsområde.
Läkemedelshantering, inga felaktiga läkemedels-/signeringslistor med handskrivna instruktioner ute hos kunderna.	God kvalitet- förbättringsområde.



Kvalitetsmålen under 2021	God kvalité/Avvikelse/Förbättringsområde
En kund ska ha större möjlighet att träffa patientansvarig läkare vid behov.	God kvalité.
Samtliga kunder ska ha årskontroll samt uppdaterade SIP årligen.	God kvalité.
Samtliga kunder som samtyckt ska bli registrerade i Senior Alert.	God kvalité - förbättringsområde.
Samtliga kunder där vi upplever utmaningar kring bemötande ska ha en bemötandeplan och ev registreras efter samtycke i BPSD-registret.	God kvalité.
Nattfastan ska ej överstiga 11 tim.	God kvalité - förbättringsområde.
Vid skyddsåtgärder ska det finnas samtycke.	God kvalité.
Genomföra utbildning för omvårdnadspersonal i läkemedelshantering, benlindning och nutrition (3 utbildningar).	God kvalité.
Erbjuda kunderna fler anpassade gruppträningar och individanpassade aktiviteter.	God kvalité - förbättringsområde.
Genomföra minst två utbildningar i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal.	God kvalité.

Läkemedelshantering med uteblivna doser är ett ständigt pågående förbättringsarbete som har gett fina resultat. Dock kommer läkemedelsutbildningar vara stående varje år för att fortsätta öka kunskapen om läkemedelshantering via ordinations- och signeringslistor.

Läkemedelshantering med att förbättra olika listor har blivit betydligt bättre. Kommer att vara ett fortsatt pågående arbete med ansvarig läkare och andra vårdgivare.

Registreringarna i Senior Alert uppnådde 85% och uppföljningarna av registrerade uppnådde 100%.

Att minska nattfastan har i de flesta fall uppnåtts men det finns någon/några kunder som ihärdigt avsägar sig åtgärder för att minska fastan. Dessa är dokumenterade och följs upp regelbundet.

Anpassade gruppträningar och individanpassade aktiviteter har fått ett bättre sving under andra halvåret och kommer att utvecklas ytterligare när nyanställda i aktivitetsteamet har förstärkt sitt samarbete. Under Humanas hållbarhetsvecka på hösten fokuserade verksamheten på FN:s hållbarhetsmål nummer 3 "God hälsa och välbefinnande". Detta resulterade i mer utepromenader och pausgympa för både kunder och personal.

Aktiviteter/åtgärder

Stort fokus har fortfarande varit på att skapa en trygg och säker arbetsplats med säker vård- och omsorg för kunderna. Detta har genererat i mindre aktivitet på verksamheten men med en trygg personal som har hanterat uppkomna situationer med ett större lugn.

Vid introduktion ska varje ny personal få en pärm med information och de viktigaste rutinerna och policys. Orsaken är att det är svårt att hinna med att ge all information under introduktionsdagarna, och det ger möjlighet till ny personal att ha viktig information samlad att kunna återkoppla till.

Året har också präglats av nyrekryteringar i alla yrkeskategorier utom lokalvård, kök och



Humana

verksamhetsansvar.

Utbildning

All personal omfattas av kompetenskrav. Att ha rätt kompetens är en förutsättning för att ge en god och säker vård och omvårdnad. Syftet med rätt kompetens är att arbeta patientsäkert. I Humana Omsorg arbetas det med kompetens utifrån en långsiktig plan för fortbildning för hela enheten och individuella utvecklingsplaner för var och en av medarbetarna.

Humana Omsorg vill ge sina nyanställda medarbetare en bra start. För att säkerställa att introduktionen blir heltäckande används en checklista med såväl teoretiska som praktiska moment, samt en generell och en enhetsspecifik del. Vid varje introduktion utses en ansvarig handledare, gärna med handledarutbildning. I första hand är det utsedd handledare som är ansvarig för att checklistan för nyanställda gås igenom steg för steg. I introduktionen ska det även ingå möjlighet för utbildning i Humana Academy för att få de grundläggande utbildningarna.

Verksamheten har börjat med egna interna utbildningar. Rehab-personal har under året utfört två utbildningar inom förflyttningsteknik. Sjuksköterskorna har under året utfört utbildningar inom läkemedelshantering, benlindning och nutrition.

Axplock av Humanas web-utbildningar	
Utbildning	Målgrupp
Basala hygienrutiner i vård och omsorg	Samtliga
e-learning om Covid-19	Samtliga
Information om Covid-19	Samtliga
Alla har rätt till ett bra liv	Samtliga
Introduktionsutbildning - äldreomsorg	Samtliga
Värdegrundsutbildning på Humana	Samtliga

Samverkan

Som en del i kvalitetsarbetet ingår identifiering av de områden där samverkan behövs för god omvårdnad. För att vi ska kunna tillgodose den äldre personens olika behov är samverkan med den äldre personen, dennes anhöriga, närstående och externa aktörer som exempelvis frivilligorganisationer av största betydelse. Liksom samverkan mellan vårdgivare eller verksamheter inom socialtjänsten.

Samverkan sker internt och externt.

Internt har verksamhetschef varit sammankallande till teamträffar där omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår. Teamträffar genomfördes var fjärde vecka. Syftet med teamträffar är att från ett aktiverande förhållningssätt diskutera patientens behov/utmaningar och tillsammans komma fram till en lösning.

Intern informationsöverföring är viktig för patientsäkerheten. Överföring av intern information sker genom skriftlig information i patientjournalen av sjuksköterskor och



Humana

undersköterskor. Skriftlig dokumentation läses vid början av arbetspass. Det finns även avsatt tid för muntliga rapporter vid byte av arbetspass.

Externt sker samverkan med flera aktörer.

Samverkansavtal finns med vårdcentralen Centrumkliniken. Patientansvarig läkare ska besöka verksamheten en gång per vecka, vissa gånger har ersatts med digitala möten med verksamhetens sjuksköterskor. Läkare finns tillgänglig även andra tider via telefon, och Falck läkare finns under kvällar, nätter och helger.

NPÖ samt "Mina planer" är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt samordnad individuell plan. Genom NPÖ och "Mina planer" utbyts information med andra vårdgivare så att vården utförs i en obruten omsorgskedja och rätt information delas.

Samverkan finns även med Oral Care som har kostnadsfri årlig uppsökande verksamhet för bedömning av munhälsa hos patienten, efter att sjuksköterska skrivit intyg för rätt till nödvändig tandvård. De utbildar även omvårdnadspersonal i munvård. Utbildning/handledning sker kontinuerligt då Oral Care är på verksamheten.

Med Trelleborgs kommun sker samverkan genom uppföljningsmöte som kommunen är sammankallande till. Detta har utförts digitalt en gång detta år.

Samverkan sker också med Svenska Kyrkan, Röda Korset, PRO och Föreningen Gamla Trelleborg - för att nämna några. Samtliga har varit pausade en del under året med anledning av pandemin. Kultur och fritidsförvaltningen har erbjudit "Kulturgaranti inom äldreomsorgen" och har omfattats av uppskattad musikunderhållning utomhus. Biblioteket i Trelleborg överlämnar regelbundet tematådor med olika innehåll. Verksamheten har också anlitat musikunderhållare under året. Dessutom har Jobi skor haft ett par skovisningar på verksamheten.

Kunder och deras anhöriga görs delaktiga i omvårdnaden genom inskrivningssamtal och därefter genomförandeplan som uppdateras var sjätte månad och oftare vid behov. Det finns också möjlighet för kunder eller anhöriga att begära samtal med läkare och/eller sjuksköterska när behov uppstår för att diskutera vården.

Anhöriga bjuds i normala fall in till avdelningarna 1-2 gånger per år då det finns möjlighet att ställa frågor om verksamheten. Med anledning av pandemin har denna kommunikation till största del skett via telefon och mail. Endast ett anhörigmöte har utförts detta år.

Systematiskt förbättringsarbete

Humana Omsorg utför systematiskt förbättringsarbete i form av förbyggande åtgärder, den information som vi får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter samt rapporter ligger till grund för förbättringar av verksamheten och ledningssystemets processer och rutiner.

Egenkontroll

Egenkontroll 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, Parus.

Inom Humana Omsorg har vi dels egenkontroll som utförs av verksamheten/lokalt och dels egenkontroll som utförs av kvalitetsavdelningen/centralt. Den egenkontroll som utförs centralt benämns internkontroll.



Humana

Legitimerad personal är delaktig i egenkontrollen tillsammans med ledningen på verksamheten. Genomgång av resultatet sker på HSL-möte. Egenkontrollen består i ett antal frågor som ska besvaras med God kvalitet, Avvikelse eller Förbättringsområde

En central internkontroll genomfördes av Humanas MAS.

Egenkontroll	Omfattning	Källa/ledningssystem	God kvalitet /Avvikelse/Förbättringsområde
SBA	1 g/mån	Parus	God kvalitet
Personcentrerad vård och omsorg	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Måltidsobservation	2 ggr/år	Parus	God kvalitet.
Delegering	1 g/år	Parus	God kvalitet - förbättringsområde.
Läkemedelshantering	2 ggr/år	Parus	God kvalitet - förbättringsområde.
Fallprevention	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Basala hygienrutiner samt klädregler	2 ggr/år	Parus	God kvalitet.
Medicinteknik	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Rehabilitering	1 g/år	Parus	Förbättringsområde.
Trycksår	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Tandvård	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Nutrition	1 g/år	Parus	God kvalitet - förbättringsområde.
Kontinens	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Samverkan och informationsöverföring	1 g/år	Parus	Förbättringsområde.
Patientsäkerhetsarbete	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Demens	1 g/år	Parus	God kvalitet.
Vård i livets slut	1 g/år	Parus	God kvalitet - förbättringsområde.
Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	1 g/år	Parus	God kvalitet.

Delegering är ett område som behöver prioriteras för att täcka upp behovet av tillräckligt med delegerad omvårdnadspersonal.

Läkemedelshantering är ett fortsatt prioriterat område där läkemedelsutbildningen för omvårdnadspersonal blir en återkommande utbildning varje år.

Förbättring av rehabilitering handlar om att få all rehab-personal rekryterad för att uppnå en ännu bättre kontinuitet.

Nutrition är ett förbättringsområde så länge det finns kunder som trots behov avser sig erbjudna åtgärder.

Samverkan och informationsöverföring behöver förbättras mellan personalgrupper.

En lokal rutin ska upprättas för "Vård i livets slut".

Extern kontroll

Kommunen har utfört en avtalsuppföljning i år och denna var utan större anmärkningar.



Humana

Någon genomförandeplan för nyinflyttad som inte var skapad inom tidsperioden och en annan som inte var uppdaterad inom tidsperioden.

Kvalitetsgranskningen av Apoteket kring verksamhetens läkemedelshantering utfördes ej men är beställd och utförs januari år 2022. Enligt rutin utförs en lokal genomgång varje månad av narkotika, utgångna datum samt temperatur. Samtliga var utan anmärkningar.

En begäran från IVO inkom. De önskade uppgifter om boende, levande och avlidna, för perioden 20190101-20210630. Verksamheten svarade för perioden 20200201-20210630.

En livsmedelskontroll utfördes av kommunens miljöinspektör. Anmärkning inkom för den interna spårbarheten där produkter i frysen inte var märkta med allergener/innehåll samt datum saknades för egenbakade kakor.

NKI

Under 2021 har Socialstyrelsen inte genomfört enkätundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Verksamheten har istället fortsatt arbeta med de 5 målområden:

Målområden kundnöjdhet	God kvalitet/Avvikelse/Förändringsområde
Kostombuden tillsammans med köksbiträde samt aktivitetsombud/aktivitetsteam ska fokusera på att maten ska smaka bättre och måltiderna ska vara trevliga stunder på dagen.	God kvalitet.
Kvalitetsombuden tillsammans med kollegor och gruppledare ska fokusera på att meddela i förväg om tillfälliga förändringar samt ta hänsyn till kundernas åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.	Förändringsområde.
Aktivitetsteamet tillsammans med aktivitetsombuden ska fokusera på att erbjuda aktiviteter och träningar som kunderna blir nöjda med.	Förändringsområde.
Kontatmännen tillsammans med gruppledarna ska fokusera på att öka kunskapen om hur kunderna framför synpunkter eller klagomål.	Förändringsområde.
Sjuksköterskorna ska tillsammans med läkare fokusera på att öka deras tillgänglighet för kunderna vid behov samt att kunderna ska få träffa läkare vid behov.	God kvalitet.

Vid enskilda samtal med kunderna så upplevs maten och måltidsstunderna som bättre detta år jämfört med första året. Detta gäller även tillgängligheten av läkare och sjuksköterskor.

Fortsatt fokus kommer att ligga på områden med status "Förändringsområden". Dessa kommer att tas upp i verksamhetens kvalitetsmål.

Utredning av avvikelser

Rapporteringsskyldighet

All personal är skyldig att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden.

Varje medarbetare har en personlig inlogg till DF Respons som är ett webbaserat system för att rapportera synpunkter/klagomål och förbättringsförslag. Avvikelser rapporteras i kommunens avvikelssystem.

Sociala avvikelser utreds av gruppledare på de avdelningar som gäller, eller av



verksamhetschef. HSL-avvikelser utreds av sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast och avvikelser som gäller arbetsmiljö utreds av verksamhetschef. Allvarliga avvikelser går till kvalitetsavdelningen som gör en djupgående analys och riskbedömning av händelsen.

Avvikelser och fallincidenter på samma patient analyseras på teamträffar, arbetsmiljöavvikelser tas upp i samverkansmöten. Avvikelser återkopplas till personal på arbetsplatsträffar.

Risker och avvikelser - Sammanfattande analys

Risikanalyser görs fortlöpande för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och därmed förebygga vårdskador.

Risikanalyser genomförs både på individnivå och på större förändringar som kan påverka patientsäkerheten. På individnivå utförs ex. på områden i Senior Alert och vid förskrivning av hjälpmedel och på övriga områden ex. för värmebölja och Covid-19.

Risikanalyser görs också inom arbetsmiljö. De görs riskbedömning i enskilt hem, i allmänna utrymmen och på funktion och ibland på arbetsmoment. Riskanalyser i enskilt hem utförs av kontaktperson, övrigt i samverkansgrupp eller på APT. Varje medarbetare har möjlighet att skriva riskbedömning på det som framkommer.

Samtliga HSL-avvikelser registreras i kommunens avvikelssystem Lifecare. Undantag är läkemedelsavvikelser som har orsakats av omvårdnadspersonal, dessa registreras som SoL-avvikelser i företagets avvikelssystem DF-respons. Fyra fallavvikelser har registrerats i fel system, dessa har dock hanterats.

Avvikelser Procapita/Lifecare	År 2020	År 2021
Sort	Antal	Antal
Fall	53	23
Läkemedel	67	30
Medicin teknik	4	0
Totalt	124	53

SoL-avvikelser DF-respons		
Sort	Antal år 2020	Antal år 2021
Fall (registrerats i fel system)	-	4
Läkemedelshantering SoL	-	17
Medicinteknik och hjälpmedel	-	1
Utförande behandling, omsorg och stöd	4	3
Information, kommunikation och samverkan	-	1
Arbetsmiljö	4	4
Arbetskada	8	1
Totalt	16	31

Vårt förebyggande arbete med att minska avvikelser inom de olika områden har gett visst



Humana

resultat. Det kan dock finnas ett mörkertal för inregistrering vid perioden när kommunen bytte avvikelssystem och det rådde osäkerhet över vart man registrerade avvikelser.

Fallavvikelseerna har glädjande nog minskat vilket tyder på ett gott förebyggande arbete. Läkemedelsavvikelser har också minskat vilket förmodligen kan härledas till utförda läkemedelsutbildningar.

Avvikelseerna för utförande behandling, omsorg och stöd handlar om missade insatser som t.ex. tandborstning, underhållsstäd och renbäddning vid olika tillfällen. Åtgärder för detta var samtal med berörd omvårdnadspersonal samt gruppsamtal om vikten av att följa genomförandeplan samt den lokala instruktioner för dagliga arbetsuppgifter.

Avvikelseerna för arbetsmiljö handlar en om att medarbetare blev påkörd på benet av en rullator. Resterande tre avvikelser handlar om tillfällen med lägre bemanning vid hög sjukfrånvaro. Åtgärder för detta är att rekrytera fler vikarier och att få stöttning av gruppleddare vid behov.

Arbetsskadorna har också glädjande nog minskat till enbart en mindre allvarlig där det handlade om medarbetarens besvär i handlederna vid användning av draglakan.

Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren är skyldig att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter kan lämnas till verksamheten på olika sätt. Kunder och anhöriga kan bl.a. ta kontakt direkt med personal eller verksamhetschef i personligt möte, via telefon eller mail. Det finns också möjlighet att göra ett skriftligt klagomål via broschyr. I verksamhetens entré finns en specifik brevlåda uppsatt för möjligheten att lämna synpunkter och klagomål. Det går även att vända sig till kommunen eller patientnämnden som då tar kontakt med verksamheten.

När synpunkt eller klagomål kommer till verksamhetens kännedom återkopplas, om detta önskas, till patient/anhöriga som inkommit med klagomålet, men senast inom 7 dagar. Internutredning utförs och sedan återkopplas till rapportören. Utifrån den inkomna synpunkten/klagomålet kan processer och rutiner behöva ses över och utvecklas.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs inför kvalitetsråd av verksamhetschef. Vid APT ges information till personal över de klagomål och synpunkter som inkommit.

Endast två synpunkter/klagomål har registrerats under året. Det har inkommit fler men dessa har hanterats omedelbart och inte registrerats i systemet. Detta är ett förbättringsområde för verksamheten.

Ett klagomål var en anhörigs synpunkt om att en kunds medicinska besvär hade nonchalerats. Tvärtemot hade kundens besvär varit uppe på läkarrond fyra gånger i rad på fyra veckor innan sjukhusinläggning. Ansvarig läkare hade gjort hembesök tre av dem gångerna. En lungröntgen hade även utförts utan anmärkning. Besvären som därefter uppkom på sjukhuset hade inte kunnat förutses.

Ett annat klagomål var från en kund om att maten var kall. Berörd personal vidtalades och instruktioner för hur man kan undvika dessa missöden framöver framfördes.

Risikanalys

De flesta riskanalyserna har under året handlat om Covid-19, så som risker för smitta,



Humana

smittspridning och för möten. Verksamheten var redan väl förberedd för olika händelser och både kunder, anhöriga och personal upplevde trygghet i att veta hur pandemin hanterades.

Risk- och konsekvensanalyser genomfördes med hjälp av kvalitetsavdelning och ledning. Risker som belystes var framför allt risk för resursbrist på omvårdnads- och legitimerad personal, risk för smittspridning, felanvändning av skyddsutrustning och risk för brist på skyddsutrustning.

Åtgärder som sattes in var bl.a. att fortsätta hålla prioriteringsordningen, hålla fast vid rutinerna för säkra besök, utbilda personal i basala hygienrutiner, egenkontroller och ha rutiner för att snabbt kunna sätta in kohortvård vid misstänkt och vid konstaterad smitta.

Fysiska lokala möten återupptogs med försiktighetsåtgärder. Gemensamma våningsanknutna aktiviteter infördes också igen med försiktighetsåtgärder. Anhörigbesök återupptogs i början av året men fortsatte vara lägenhetsbundna och förekom ej i de allmänna miljöerna,

Anmälan

Inga anmälningar sändes till tillsynsmyndigheter.

Förbättringsområden framåt

Målen för 2022 utgår från de resultat som varit under året och de förbättringsområden som kunnat ses.

- Nå gemensam idealbild i verksamhetens sociala- och organisatoriska arbetsmiljö där stabilitet, tydlighet och lojalitet till uppdraget är viktiga ledord och som bidrar till att uppnå en stabil nivå av engagemang, glädje samt ansvarstagande för samtliga medarbetare.
- Prioritera medarbetarnas arbetssituation och arbetsförutsättningar.
- Öka känslan av delaktighet för ett bättre arbetsklimat.
- Läkemedelshantering, inga uteblivna doser.
- Läkemedelshantering, inga felaktiga läkemedelslistor/signeringslistor med handskrivna instruktioner ute hos patienterna (eliminera risk för fel/missförstånd).
- Samtliga kunder som samtyckt ska bli registrerade i Senior Alert.
- Nattfastan ska ej överstiga 11 timmar.
- Erbjud kunderna fler anpassade gruppträningar och individanpassade aktiviteter.
- Kvalitetsombuden ska tillsammans med kollegor och gruppledare fokusera på att meddela i förväg om tillfälliga förändringar samt ta hänsyn till kundernas åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.
- Kontaktmännen ska tillsammans med gruppledarna fokusera på att öka kunskapen om hur kunderna framför synpunkter eller klagomål.