

Omsorgs- och socialförvaltningen

Datum 2025-04-10
Diarienummer OSN/2024:14

Handläggare
Göran Lidemalm

Omsorgs- och socialnämnden

Verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024 - Slomarps vårdboende, Attendo

Bakgrund

Attendo Sverige AB driver Slomarps vårdboende genom avtal med omsorgs- och socialnämnden i Mjölby kommun sedan 2021-12-01. I omsorgs- och socialnämndens uppföljningsansvar ingår att vårdgivare årligen ska redovisa hur verksamheten och patientsäkerhetsarbetet bedrivs.

Sammanfattning

Attendo Sverige AB redovisar för omsorgs- och socialnämnden genom verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse hur verksamheten på Slomarps vårdboende bedrivits under 2024 samt hur verksamheten arbetat med att identifiera, analysera och minska riskerna för vårdskador.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse - Verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024 - Slomarps vårdboende, Attendo, 2025-04-10
Verksamhets- och kvalitetsberättelse för verksamheten Attendo Slomarp året 2024

Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Slomarp år 2024

Muntlig föredragning av verksamhetschef för Attendo Slomarp

Omsorgs- och socialförvaltningens förslag till beslut

1. Omsorgs- och socialnämnden godkänner redovisningen av Attendo Sverige AB:s verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024

Beslutet skickas till
Akten
Attendo Sverige AB

Omsorgs- och socialförvaltningen

Päivi Pannula
Förvaltningschef

Verksamhets- och Kvalitetsberättelse för verksamheten Attendo Slomarp året 2024

Sammanställd av: Verksamhetschef Mari Edeson & Biträdande verksamhetschef Anna-Maria Axelsson



Innehåll

1.	Sammanfattning	3
2.	Ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet	4
2.1	Roller och ansvar	4
3.	Systematiskt kvalitetsarbete	7
3.1	Hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivits under året	7
3.2	Synpunkter och klagomål	11
3.3	Avvikelse	13
3.4	Lex Sarah	16
3.5	Risikanalyser	16
4.	Förbättringsarbeten	20
4.1	Dokumentation och genomförandeplaner	20
4.2	Utredning av avvikelser	20
4.3	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	20
4.4	Dagverksamhet	21
5.	Resultat	21
5.1	Måluppfyllelse	21
5.2	Intern kontroll/Egenkontroller	23
5.2.1	Egenkontroll:	23
5.2.2	Dokumentationsgranskning SoL:	23
5.2.3	Avtalsuppföljning Mjölby Kommun	23
5.2.4	Uppföljning med biståndshandläggare	24
5.2.5	Miljö och hälsa	24
5.3	Brukarundersökningar	24
6.	Samverkan	26
7.	Personal	27
7.1	Kompetens	28
7.2	Personalomsättning	29
7.3	Sjuktal	29
7.4	Arbetsskador och tillbud	29
7.5	Kompetensutveckling	32

1. Sammanfattning

Attendo har drivit Slomarps vårdboende i lite mer än 3 år och under 2024 har vi fortsatt arbeta utifrån vår vision att vi ska vara det stora boendet med det jättestora hjärtat.

Under 2024 har vi på Attendo Slomarp gjort en rad aktiviteter för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Vi har lagt fokus på att utveckla arbetet med avvikelshantering, förbättra våra kunders genomförandeplaner, göra våra medarbetare mer delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt utveckla och förbättra vår dagverksamhet. Alla aktiviteter, alla insatser, och alla åtgärder vi utfört under året har vi gjort med målet att alla som är en del av Slomarp, såväl ledning och medarbetare som kunder och närstående ska känna trygghet, gemenskap, glädje och engagemang.

Vi har genomfört både interna och externa granskningar för att säkerställa att vi levererar en hög kvalitet på det arbete vi levererar och vi har genom både genom Socialstyrelsens brukarundersökning och våra interna kund- och närståendeundersökningar fått ett kvitto på att vi arbetar i rätt riktning. Genom undersökningarna har vi kunnat identifiera ytterligare förbättringsåtgärder som vi nu tar med oss in i vårt fortsatta arbete under 2025 där fokus bland annat kommer ligga på att öka trivseln kring mat- och måltidsmiljön för våra kunder samt hur vi kan utveckla våra gemensamma aktiviteter ytterligare.

2. Ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet

2.1 Roller och ansvar

Det övergripande målet för kvalitetsarbetet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det systematiska arbetet bedrivs enligt riktlinjer och rutiner. Personal rapporterar in händelser/avvikelser i kommunens avvikelssystem Lifecare och dessa avvikelser kontrolleras och tas emot dagligen måndag till fredag och utreds, sammanställs och analyseras på ett kvalitetsmöte varje månad. Avvikelser förs in i företagets egna kvalitetssystem ADD (tidigare Centuri). Återkoppling till medarbetarna sker på arbetsplatsträffar

I verksamheten finns en kvalitetsgrupp som arbetar med kvalitetsarbete på verksamhetsnivå. I den gruppen ingår: verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, avdelningsansvarig från varje avdelning, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Kvalitetsmöten hålls en gång i månaden. På kvalitetsmötet diskuteras avvikelser som inkommit, och vilka åtgärder som behöver göras, samt vem som ansvarar, förankrar och utför åtgärderna. Här diskuteras även förbättringsförslag samt idéer kring verksamheten. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att uppföljning sker vid nästa möte.

Regionchef:

- Leder regionens ledningsgrupp i kvalitetsfrågor.
- Följer upp regionens enheter enligt Attendos kvalitetssystem.
- Utser vid allvarliga händelser en utredare och begär in åtgärdsplaner av ansvarig verksamhetschef efter samråd med kvalitetsutvecklare.

Verksamhetschef:

- Ansvarar för att verksamheten bedriver kvalitetsarbete där hög kvalitet uppnås samt säkerställer att verksamheten arbetar utifrån SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Leder och fördelar resurser i kvalitetsarbetet.
- Ansvarar för att direktiv från kommunens MAS och Attendos kvalitetsutvecklare följs.
- Ombesörjer att rätt kompetens finns hos de olika yrkeskategorierna.

- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Ansvarar för arbetsmiljön.
- Huvudansvarig för avvikelshantering/kvalitetsarbetet.
- Huvudansvarig för trygghetslarm.
- Huvudansvarig för att rapportera och debitera mot kommunen.
- Har det yttersta HSL-ansvaret men har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 4 kap. 4–5 §§ Hälso- och sjukvårdsförordningen till utsedd HSL-sjuksköterska på Slomarps.

Biträdande verksamhetschef (BVC)/kvalitetssamordnare:

- Ersätter verksamhetschef vid kortare frånvaro.
- Hanterar schemaläggning, planering och rekrytering i verksamheten.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- 1: a kontakt med boendesamordningen på Mjölby kommun gällande in- och utflytt.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Deltar i all debitering gentemot kommunen i samverkan med VC
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering
- Leder kvalitetsgruppens arbete, i samverkan med VC, sammanställer statistik samt gör uppföljningar av pågående utredningar.
- Tar fram underlag till kvalitetsgruppens arbete och skriver protokoll från kvalitetsgruppens möten.
- Bereder förslag och skapar underlag till verksamhetschef för framtagande av nya rutiner i verksamheten.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.

Planeringsledare:

- Ersätter BVC vid kortare frånvaro
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete
- Hanterar schemaläggning och planering i verksamheten i samverkan med BVC
- Medverkar i möten och kvalitetsforum
- Bistår biträdande verksamhetschef i kontakter med boendesamordningen
- Deltar i all debitering gentemot kommunen i samverkan med VC och BVC

Avdelningsansvariga:

- Utför planering av omvårdnadsslingor i planeringsverktyget Epsilon.
- Varje morgon uppdatera verksamhetschef, biträdande verksamhetschef samt kollegor kring aktuell status på avdelningen.

- Medverkar vid riskbedömningar, vårdplaneringar, välkomstsamtal mm.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.

Kvalitetsutvecklare:

- Representerar Attendos centrala kvalitetsorganisation.
- Utbildar chefer och medarbetare i frågor rörande kvalitetsutveckling och metoder.
- Bevakar och implementerar nya lagar och författningar samt tar fram centrala riktlinjer och formerna till den interna egenkontrollen samt internrevisionen.

Kvalitetsombud:

- Finns på varje avdelning och bistår kvalitetssamordnaren samt deltar i kvalitetsmöten en gång i månaden. Kvalitetsombuden på Slomarp är våra avdelningsansvariga.

Sjuksköterska:

- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering
- Patientansvar är uppdelat på samtliga sjuksköterskor, alla kunder har en namngiven ansvarig sjuksköterska.
- Bedriver systematiskt arbete för att tidigt identifiera risk för skador hos patienten.
- - Patientansvar är uppdelat på samtliga sjuksköterskor, alla patienter har en namngiven ansvarig sjuksköterska.
- Ansvarar för att HSL-insatser sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och rutiner från medicinskt ansvarig sjuksköterska.
- Ansvarar för utförande av delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal enligt gällande rutiner. Inför delegering ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnadspersonal får utbildning och genomgår kunskapstest

Arbets terapeut:

- Bedriver systematiskt arbete för att förebygga, mildra och lösa begränsningar hos våra kunder.

- Föreskrivning av hjälpmedel.
- Utför riskbedömningar i arbetsmomentet kring kund.
- Utför hälsofrämjande aktiviteter.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Fysioterapeut

- Bedriver systematiskt arbete för att förebygga, mildra och lösa begränsningar hos våra kunder.
- Bedriver fallförebyggande arbete
- Planerar och utför anpassad träning
- Utför hälsofrämjande aktiviteter
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Medarbetare:

- ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet i alla dess delar.

3. Systematiskt kvalitetsarbete

3.1 Hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivits under året

Syftet med kvalitetsarbetet är att säkra utförandet av omsorg, stöd och service samt vård och behandling till den enskilde och att kund är i centrum. För att säkerställa att vi har en hög kvalitet genom hela verksamheten måste vi ha ett systematiskt kvalitetsarbete där vi kontinuerligt utvärderar om våra processer har önskat utfall.

Det är viktigt att vi gör rätt saker, vid rätt tidpunkt och på rätt sätt för att skapa nöjda kunder och hög kvalitet. Målet med kvalitetsarbetet är att våra kunder, medarbetare, närstående, beställare och samarbetspartners ska uppleva att vi står för kompetens, omtanke och engagemang.

Kvalitetsarbetet ska vara långsiktigt, präglas av ett förebyggande synsätt och kännetecknas av god kvalitet i alla sammanhang, med individernas behov och önskemål i centrum. Planeringen i verksamheten utgår från den för verksamheten aktuella lagstiftningen och sker både på verksamhets- och individnivå. Till hjälp för planeringen av kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå, har vi ett årshjul med beskrivning av vilka aktiviteter som ska ske varje månad.



Rutin för avvikelshantering finns i verksamheten. Den som upptäcker avvikelsern dokumenterar den i kundens journal. Samtliga avvikelser läggs in i Lifecare samt i verksamhetens egna kvalitetssystem ADD (tidigare Centuri). Verksamhetschef och kvalitetssamordnare får då ett mail om att en avvikelse har inträffat i verksamheten. Verksamhetschef tar emot avvikelsern och tilldelar utredare samt medutredare. Det är alltid verksamhetschef som har det yttersta ansvaret för inkommen avvikelse. Verksamhetschef och kvalitetssamordnare analyserar avvikelsern tillsammans med teamet bestående

av HSL-personal och vidtar då omgående åtgärder. Vid allvarliga händelser skall medarbetarna också lämna muntlig rapportering till verksamhetschef omgående. Allvarliga händelser rapporteras även till regionchef samt kvalitetsutvecklare och till MAS.

En gång i månaden har vi kvalitetsmöte som leds av vår kvalitetssamordnare där sjuksköterskorna, avdelningsansvariga, verksamhetschef/biträdande verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och ibland även skyddsombud deltar. Vid dessa möten bjuds även in representanter från kvalitetsgruppen i Mjölby Kommun. Kvalitetsmöte är ett forum där kvalitetsgruppen diskuterar och analyserar förbättringar och utveckling av kvaliteten inom organisationen på verksamhetsnivå. Genomgång av föregående protokoll för att se om åtgärder som satts in haft effekt. Vid månatliga kvalitetsmöten sammanställer kvalitetssamordnaren inkomna händelser/avvikelser i syfte att följa upp och utveckla verksamheten. Kvalitetssamordnaren sammanställer enhetens avvikelser och skapar ett kvalitetsmötesprotokoll, månadsvis i ADD, där det framgår antal händelser och vilka aktuella åtgärder som vidtagits, och som planeras för att minimera risken för att händelsen inträffar igen.

Kvalitet är en stående punkt på APT då övriga medarbetare får muntlig information angående inträffade händelser och vidtagna åtgärder. Det ges också utrymme till att inhämta ytterligare förbättringsförslag, och åtgärder, för att minimera risken för att händelserna ska upprepas.

En god planering av det dagliga arbetet säkerställer att kunderna får de insatser de behöver vid rätt tidpunkt och på rätt sätt, vilket är centralt för kundernas upplevda kvalitet. Genomförandeplanen är ett centralt verktyg för att planera insatser utifrån kundernas omsorgsbehov. Där dokumenteras viktiga uppgifter som beskriver kundens behov, problem, resurser och önskemål. I hälsoplanen dokumenteras kundens vårdbehov som ligger till grund för planering av dessa insatser.

Verksamheten arbetar med följande system och arbetssätt för att följa upp och utvärdera kvalitetsarbetet;

- Egenkontroll
- Internrevision
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser
- Kvalitetsmöten
- Externa uppföljningar som exempelvis avtalsuppföljningar, inspektioner av myndigheter
- Brukar- och närståendeundersökning
- Boråd/Förtroenderåd

Genom dessa systematiska uppföljningar utvärderas verksamhetens statistik, processer och kvalitetsmål/patientsäkerhet. Årliga uppföljningar leder till

jämförelser av mätbara parametrar såsom händelser, utredning enligt Lex Sarah, och dokumentation för att mäta effekter av åtgärder för ökad kvalitet.

För att mäta avvikelser och följa upp vidtagna åtgärder används flera metoder inom vår verksamhet:

Mätning av avvikelser

- Vi använder avvikelser som dokumenteras och kategoriseras av alla medarbetare i verksamheten. Avvikelser dokumenteras både i Life Care och i ADD (tidigare Centuri) och detta ger oss möjlighet att följa upp och analysera avvikelserna över tid.
- Avvikelser som rapporteras inkluderar exempelvis läkemedel, fall, brister i omvårdnad och brister i rutiner och dokumentation. För varje avvikelse specificeras vilken typ av åtgärd som vidtagits och om det finns behov av ytterligare åtgärder.

Uppföljning av åtgärder:

- Vi mäter regelbundet effekten av de åtgärder som vidtagits. Detta görs genom att följa upp antalet rapporterade avvikelser under specifika tidsperioder. Detta görs månatligen på kvalitetsmöte.
- För att exempelvis mäta om åtgärder mot avvikelser kopplat till fall har haft önskad effekt, jämför vi antalet fall som rapporterats innan och efter de genomförda förbättringarna.

Återföring av kunskap och lärande:

- För att säkerställa att alla medarbetare är medvetna om vidtagna åtgärder och lär sig av tidigare händelser, tas avvikelser upp på APT månatligen där resultat och erfarenheter från åtgärder delas.
- Utifrån analys av avvikelser har relevanta utbildningar så som exempelvis dokumentationsutbildning, förflyttningsutbildning och utbildning i basal omvårdnad genomförts.

Genom dessa systematiska metoder kan vi kontinuerligt förbättra vår hantering av avvikelser och skapa en lärande organisation som aktivt minskar risken för att fler kunder drabbas av samma typ av avvikelser.

3.2 Synpunkter och klagomål

Alla inkomna klagomål och synpunkter registreras i Attendos eget kvalitetssystem ADD (tidigare Centuri). Kvalitetssystemet möjliggör att se statistik över inträffade avvikelser och eventuella synpunkter och klagomål. Detta underlag används i kvalitetsutvecklingsarbetet i verksamheten.

I varje enskild verksamhet finns statistik för synpunkter och klagomål med analys och handlingsplan samlad i en egenkontroll.

Synpunkter och klagomål från kunder och närstående i verksamheten ska betraktas som en förutsättning till förändring och utveckling för verksamheten. För att synpunkter och klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje medarbetare vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Det är viktigt att alla medarbetare uppträder och uppfattas som professionella. Ansvarig chef ska ge stöd och hjälp i dessa situationer. Det är viktigt att regelbundet informera kunder och närstående om vilka möjligheter som finns för att framföra synpunkter eller klagomål. Vi informerar kring detta i veckobrev samt på närståendeträffar samt även under välkomstsamtalet.

Om medarbetarna inte kan svara på synpunkten så hänvisar dem till verksamhetschef. Verksamhetschefen lägger in synpunkten/klagomålet i kvalitetssystemet ADD samt utreder och hanterar klagomålen och informerar regionchef, kvalitetsutvecklare samt representanter från Mjölby Kommuns kvalitetsgrupp. Alla inkomna klagomål hanteras och en månatlig sammanställning skickas in via funktionsbrevlådan i Mjölby Kommun enligt avtal. Vid samtliga förbättringsområden ska åtgärdsplan upprättas och aktuella åtgärder ska vidtas utifrån synpunkternas/klagomålens innehåll och dignitet. Verksamhetschef återkopplar alltid till den som lämnat synpunkten/klagomålet skyndsamt, gärna samma dag dock längst inom 48 timmar. Verksamhetschef ansvarar även för att åtgärderna följs upp.

Under 2024 har 4 stycken klagomål och synpunkter hanterats (varav 1 har inkommit via Mjölby Kommun) De inkomna klagomålen och synpunkterna som hanterats redovisas nedan:

1: Klagomål från närstående gällande upplevelsen av att känna sig hörd i sin oro.

I klagomålet framkommer att närstående inte känner sig hörd i sin oro samt hen upplever att kunden delvis fått felaktig vård och omsorg. Klagomålet har utretts med hädelseanalys av utredare från Attendo.

2: Klagomål gällande hur man pratar inne hos kund.

Närstående upplever att personalen pratar om kunden när denne är närvarande.

3: Klagomål gällande bemötande från personal, städning av tvättstuga, avsaknad av namnskylt, placering av bestick i kök samt hur personalen interagerar med kunder i måltidssituation.

Närstående upplever att en medarbetare har uppträtt nonchalant, att det är smutsigt och rörigt i tvättstuga, att all personal inte bär namnskylt, att bestick står med ätdelen uppåt i hållare samt att personalen inte berättar för kunderna vad som serveras.

4: Klagomål gällande städning av lägenhet, försvunna lakan, avsaknad av öl som måltidsdryck, daglig träning, information vid inställd aktivitet, avsaknad av enskilda aktiviteter samt felaktig dukning.

Närstående upplever att det är stökigt på rummet. 2 stycken lakan har försvunnit, avsaknad av öl som måltidsdryck, att kunden inte får daglig träning, att det inte informerats när gemensam aktivitet ställts in, att det saknas enskilda aktiviteter samt felaktig dukning i form av att det saknats sked och kant till tallrik.

Åtgärder	Ansvarig	Uppföljningsmetod	Datum för uppföljning
Klargörande samtal med medarbetare kring bemötande	VC	Utvecklingssamtal	202409030
Förtydligande av insatsbeskrivning gällande städ i tvättstuga	VC/Avd. ansvarig	Hygienrond kvartalsvis	20241231
Inkomna klagomål lyfts på kvalitetsmöte & APT månadsvis	VC/kval.samordnare	Protokoll	20241231
Rutin för information om inställd aktivitet	VC	Daglig avstämning med aktivitetsansvariga	20241231
Förtydligande kring måltidssituation	VC/Avd. ansvarig/kostombud	Måltidsobservation kvartalsvis	20241231
Säkerställa att dagliga enskilda aktiviteter planeras ut och genomförs	VC/Avd. ansvarig/Akt.ombud	Lyfts veckovis på ledningsmöte	Löpande
Säkerställt att närstående fått kontakt med berörda parter för att känna sig hörd i sin oro	VC/SSK/PAL/AT	Uppföljningsmöten med närstående	Löpande månadsvis

Analys/åtgärder:

Vi har arbetat aktivt med att sätta in direkta åtgärder och vid samtal med närstående framkommer att vidtagna åtgärder haft god effekt.

3.3 Avvikelser

Alla medarbetare är ansvariga för att rapportera avvikelser/händelser i verksamheten. Den som upptäcker avvikelsen skriver en avvikelse rapport i Lifecare. Detta gäller oavsett om medarbetaren varit involverad eller inte. Verksamhetschef är ansvarig för att säkerställa, utreda och åtgärda samtliga avvikelser i verksamheten. Sjuksköterska är ansvarig för att tillsammans med verksamhetschef hantera avvikelser kopplade till HSL. Den som upptäcker dokumenterar i kundens journal. Samtliga avvikelser läggs in i Life Care. Verksamhetschef och kvalitetssamordnare får då ett mail om att en händelse har inträffat i verksamheten. VC tar dagligen (måndag till fredag) emot avvikelser och inleder utredning i samverkan med teamet. BVC/kvalitetssamordnare bistår aktivt med inhämtning av information av vikt. BVC/Kvalitetssamordnare lägger därefter avvikelsen i Attendos kvalitetsledningssystem ADD. Verksamhetschef, kvalitetssamordnare samt HSL- personal analyserar avvikelsen och vidtar då omgående åtgärder såsom samtal med medarbetare, närstående, sjuksköterska beroende på händelsens karaktär och innehåll. Alla medarbetare har rapporteringsskyldighet och ska alltid rapportera ett missförhållande, muntligt och skriftligt, till VC omgående. Vid inkommen allvarlig avvikelse informerar VC regionchef och kvalitetsutvecklare samt rapporterar händelsen i verksamhetens kvalitetsledningssystem ADD. VC, i samråd med regionchef och KVVU påbörjar en utredning för allvarlig händelse. Regionchef ansvarar för att utse en extern utredare. Allvarliga händelser samt risk för allvarliga händelser rapporteras till MAS/MAR i Mjölby Kommun.

I verksamheten finns en kvalitetsgrupp som arbetar med avvikelserna. I den gruppen ingår: verksamhetschef, biträdande verksamhetschef/kvalitetssamordnare, avdelningsansvarig från varje avdelning, sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Vid behov kan även aktivitetsansvariga samt skyddsombud delta. På kvalitetsmöte, som sker 1 gång/månad, diskuteras avvikelser som inkommit, och vilka åtgärder som behöver göras, samt vem som ansvarar, förankrar och utför åtgärderna. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att uppföljning sker vid nästa möte.

Kvalitetssamordnaren sammanställer enhetens avvikelser och skapar ett kvalitetsmötesprotokoll månadsvis i ADD. Där framgår antal avvikelser och vilka aktuella åtgärder som vidtagits, och som planeras för att minimera risken för att

händelsen inträffar igen. Kvalitet är en stående punkt på arbetsplatsträffarna då övriga medarbetare får muntlig information angående inträffade händelser och vidtagna åtgärder. Det ges också utrymme till att inhämta ytterligare förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken för att händelserna ska upprepas. Det är alltid verksamhetschef som har det yttersta ansvaret för att åtgärda och utreda händelsen och det är alltid verksamhetschef som avslutar avvikelsen i systemet när åtgärder är vidtagna.

Under året har 711 stycken avvikelser registrerats, vilket är en minskning av antalet rapporterade avvikelser från föregående år (827 stycken). I diagrammet framgår de 4 största områdena inom avvikelse rapporteringen. Av de 711 avvikelserna som är rapporterade är 60 stycken SoL avvikelser och 651 stycken HSL avvikelser.

Fall	412
Läkemedel	186
Medicinteknisk produkt	9
Vårdkedjebrist	9
Brister i dokumentation/överslag	6
Brister i utförande av insatser	42
Brister i fysisk miljö/utrustning	9
Fysiska övergrepp (rapporterad med fel avvikelsestyp)	1
Informationsöverföring och dokumentation internt	10
Behandling/bedömning/undersökning	17
Organisation och planering	2
Rutiner	8



Analys & Åtgärder:

Under året 2024 har 116 stycken färre avvikelser rapporterats jämförelsevis med föregående år. Detta är ett resultat av att vi arbetat mycket aktivt med preventiva åtgärder. Åtgärder har tagits fram på kvalitetsmöten och ledningsgruppsmöten och

har implementerats via APT (arbetsplatsträff), dagliga avstämningar, information på intranätet och genom förtydligande av insatsbeskrivningar i planeringsverktyget.

Vi har ett fortsatt kontinuerligt arbete med Senior Alert vilket medför att vi har ett kompetent team runt varje kund och att vi arbetar med fallprevention på ett bra sätt. Fallavvikelserna är i de flesta fall kopplade till förändrat/försämrat hälsotillstånd.

Ett av målen 2024 var att vi skulle minska läkemedelsavvikelserna med 10%, vilket vi uppnått. Totalt rapporterades 186 läkemedelsavvikelser in under 2024. Vid analys av läkemedelsavvikelser har vi kunnat identifiera bakomliggande orsaker främst i form av ansträngd bemanning vid sjukdom och bristande kommunikation. Aktivt arbete har förts löpande under året med mål att ytterligare minska avvikelser gällande läkemedel.

Under 2024 hade vi en klar minskning av antalet avvikelser gällande brister i utförande av insats vilket är en positiv utveckling. Vi har arbetat aktivt med att identifiera bakomliggande orsaker och utifrån detta vidtagit flera åtgärder i syfte att ytterligare minska dessa avvikelser.

Åtgärder	Ansvarig	Uppföljningsmetod	Datum för uppföljning
Säkerställt insatsplanering för hantering av rörelselarm och fallmattor.	VC/BVC/Avd. ansvarig	Kvalitetsmöte	Löpande månadsvis
Utbildning basal omvårdnad	SSK/AT	Kvalitetsmöte	Löpande månadsvis
Uppföljning av introduktion	VC/BVC	Avstämning 1 månad efter nyanställning	Löpande
Uppdaterat rutin för skydd- och begränsningsåtgärder	VC/BVC/SSK	Egenkontroll samt genomgång på APT	2025-02-28
Uppdaterat rutin driftstopp	VC/BVC	Egenkontroll samt genomgång på APT	2024-12-31
Informerat närstående kring möblering vid inflytt (säng)	VC	Vid visning av lägenhet/välkomstsamtal	Löpande

Kvalitetssamordnare och verksamhetschef har uppmärksammat att ett fåtal avvikelser har rapporterats in i fel lagrum, till exempel fysiska övergrepp. Då har avvikelserna tagits bort och samtal förts med medarbetaren så denne har fått lägga in avvikelserna på nytt under rätt lagrum. Samtal kring avvikelshantering har löpande förts på APT.

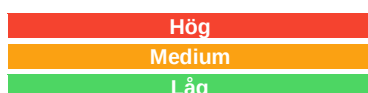
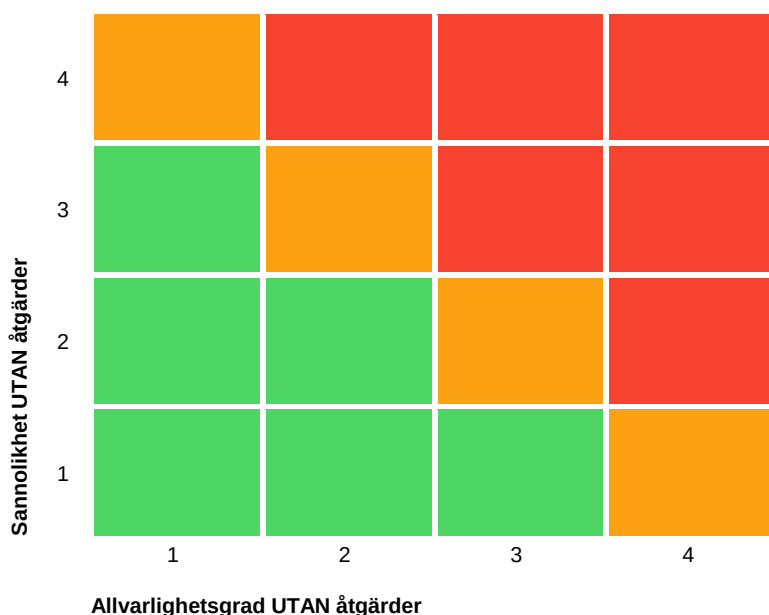
3.4 Lex Sarah

Verksamheten har under 2024 arbetat aktivt med inkomna SoL-avvikelser och i dessa gjort utredning och analys av bakomliggande orsaker. Bedömning utifrån dessa utredningar är att det ej förelegat behov av fördjupad utredning.

3.5 Riskanalyser

Identifiering av risker sker systematiskt i det dagliga arbetet av alla yrkeskategorier. Riskanalyser sker i omvårdnadsteamet på både individnivå, vid arbetsmomentet kring kund samt på organisationsnivå. Vid förändringar av system eller organisation görs riskanalyser som identifierar riskfaktorer. Bland annat har riskanalyser på organisationsnivå gjorts gällande bemanning inför sommaren, värmebölja, utbrott av vinterkräksjuka, arbetsmoment kring kund, övergång till egen jourverksamhet (Mobila Teamet) samt implementering av nytt schema.

Vid riskanalyser använder vi oss av nedan riskmatris för att både kunna bedöma allvarlighetsgrad men även för att systematiskt kunna följa upp hur insatta åtgärder gett effekt.



Nedan visas riskanalys för utbrott av vinterkräksjuka (Calici), riskanalys för bemanning under sommarperioden samt riskanalys för värmebölja

Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (möjlighet att en negativ händelse inträffar)		Alvarlighetsgrad	Samolikhet	Risken	Fortsätta analys? Ja/Nej Vid Ja - fortsatt till bakomliggande orsaker	Bakomliggande orsaker Varför?	Åtgärdsförslag	Alvarlighetsgrad	Samolikhet	Risken	Metod för uppföljning (av att åtgärder har genomförts och har avsedd effekt)
ID	Beskrivning	ID	Beskrivning av risk										
Smitta:	Spridning av smitta i verksamheten		Smittspridning uppstår mellan boende och besökare som rör sig utanför avdelning för att äta i lunchrestaurangen och delta på gemensamma aktiviteter	2	3	6	ja	Boende och besökande närstående rör sig utanför avdelningen. Smittspridning mellan personliga möten och smitta via kontaktytor.	Informera närstående som kommer på besök att ej delta på gemensamma aktiviteter samt att äta i den öppna lunchrestaurangen	2	1	2	Information via veckobrev, samt till samtliga avdelningar via Appendo
	Spridning av smitta i verksamhet när boende rör sig i allmänna utrymmen		Spridning av smitta i hela verksamheten när boende rör sig utanför egen avdelning	2	3	6		Boende sprider smitta när de rör sig utanför de egna avdelningarna	Boende deltar ej på gemensamma aktiviteter och äter lunch på avdelningen.	2	1	2	Information till avdelningarna via mail samt samtal med avdelningsansvariga.
				2	3	6		Boende sprider smitta när de rör sig utanför de egna avdelningarna	Boende isoleras på egen enhet på avdelningen där boende intar alla måltider och får aktivitet/stimulans utifrån egen förmåga	2	1	2	Information till avdelningarna via mail samt samtal med avdelningsansvariga.
	Spridning av smitta i verksamhet när personal rör sig i allmänna utrymmen och mellan avdelningar		Spridning av smitta i hela verksamheten	2	3	6		Personal sprider smitta när de rör sig utanför sin arbetsavdelning	Personal som arbetar på flera avdelningar har följsamhet i basala hygien	2	2	4	Information till avdelningarna via appendo, mail samt samtal med avdelningsansvariga.
				2	3	6		Personal sprider smitta när de rör sig utanför sin arbetsavdelning	Personal arbetar endast på en avdelning, isolerar den avdelning där smitta finns, kohortvård	2	1	2	Information till avdelningarna via appendo, mail samt samtal med avdelningsansvariga.
				2	3	6		Personal sprider smitta när de rör sig utanför sin arbetsavdelning	Personal undviker att röra sig i allmänna utrymmen utan går kortaste vägen in och ut från avdelning, byter arbetskläder om hen blivit utsatt för direkt kontaminering.	2	1	2	Information till avdelningarna via appendo, mail samt samtal med avdelningsansvariga.
	Spridning av smitta i verksamhet		Spridning av smitta på avdelning	2	3	6		Boende, personal och besökare sprider smitta	Utökad städ samt desinfektionsstäd av Samhall. Följsamhet i hygienrutiner, utökad städning på smittad avdelning.	2	1	2	Information till avdelningarna via appendo, mail samt samtal med avdelningsansvariga.
	Spridning av smitta i verksamhet		Spridning av smitta bland personal	4	3	12		Spridning av smitta bland personal kan generera underbemanning. Boende får inte den hjälp de behöver	Omprioritera och fokusera på det mest nödvändiga. Prioriterasordning: Medicin, personlig omvårdnad, mat och toalettbesök. Minibemanning Dag: Kväll: Natt:	4	1	4	Information till avdelningarna via appendo, mail samt samtal med avdelningsansvariga.

Tilid p2 rihkatalq: Samardannaler 2024 Siamap													Datal	
Samardannaler, dalannaler nuk aklilaler			Rihk [n2lilqel all rihkalin klalaler ilal 2024]	Abilq (nuk gual)	Sarralal	Rihkalin	Furil 2024 nuk gual Sarralal Vil 24 - Furil 2024 Rihkalin	Dakunlilqande nukkaler - Furil 2024	Abilq (nuk gual)	Sarralal	Rihkalin	Notal Fur app 2024 [nuk ilal 2024 k2r gualilaler nuk k2r nukkaler ilalilqel]	Uppilq (nuk gual)	Abilq (nuk gual)
ID	Dakunlilqande	ID	Dakunlilqande											
1	Sjakkilalerkualaler kalaran i rihkalin	1	Furil 2024 p2 rihkalin	3	2	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel	Praktilil alaler nuk q2r Furil 2024 ilalilqel nuk nukkaler ilalilqel ilalilqel nukkaler ilalilqel ilalilqel. SSK- nukkaler nuk SSK alaler nukkaler ilalilqel nukkaler.	3	2		Gualilqel i rihkalin ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk SSK alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	SSK nuk VC
2	Ilalilqel nukkaler	2	Teknikal alaler nuk dalal nuk Torkal ilalilqel. Furil 2024 ilalilqel Furil 2024 nukkaler ilalilqel. Furil 2024 ilalilqel ilalilqel	3	2	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel. Mingal alaler nukkaler ilalilqel. Mingal alaler nukkaler nukkaler ilalilqel nukkaler p2 rihkalin.	Samardannaler alaler ilalilqel ilalilqel ilalilqel nukkaler. Samardannaler Furil 2024 ilalilqel ilalilqel nukkaler p2 nukkaler k2r nukkaler. Ilalilqel ilalilqel nuk nukkaler nukkaler Furil 2024 app Furil 2024 nukkaler. SSK ilalilqel nukkaler ilalilqel nukkaler. Rihkalin nukkaler nuk nukkaler Furil 2024 ilalilqel nukkaler ilalilqel.	3	2		Gualilqel i rihkalin nuk ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler, SSK nuk nukkaler alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	SSK, Samardannaler nuk VC
3	Dakunlilqande alaler nuk ilalilqel alaler.	3	Nukkaler nuk ilalilqel ilalilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler alaler nukkaler nukkaler. Rihkalin ilalilqel ilalilqel nuk nuk ilalilqel nukkaler ilalilqel ilalilqel. Rihkalin Furil 2024 ilalilqel ilalilqel.	2	2	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel	Dakunlilqande ilalilqel, app 2024 ilalilqel ilalilqel ilalilqel Furil 2024 ilalilqel alaler. SSK alaler ilalilqel ilalilqel ilalilqel p2 nukkaler nukkaler k2r nukkaler nuk ilalilqel ilalilqel ilalilqel Furil 2024 ilalilqel ilalilqel nukkaler. Likkal ilalilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler ilalilqel ilalilqel nukkaler ilalilqel.	1	2		Gualilqel i rihkalin nuk ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler, k2r nuk ilalilqel alaler nukkaler alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	SSK, Samardannaler nuk VC
4	Sjakkilalerkualaler	4	Mingal ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel	1	3	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel. Cualil.	Ilalilqel alaler ilalilqel nukkaler nuk alaler nukkaler ilalilqel nukkaler ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	1	3		Gualilqel i rihkalin ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler alaler nukkaler alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	SSK, Samardannaler nuk VC
5	Medikalilqel alaler ilalilqel alaler ilalilqel.	5	Ilalilqel alaler ilalilqel p2 ilalilqel nuk ilalilqel. Rihkalin ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	3	2	Ja	Medikalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel p2 ilalilqel nuk ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	Samardannaler ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	1	2		Gualilqel i rihkalin ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler alaler SSK alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	SSK, Samardannaler nuk VC
6	Samardannaler ilalilqel	6	Ilalilqel nuk ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel p2 ilalilqel ilalilqel.	1	1	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel	SSK alaler ilalilqel VC, ilalilqel VC ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel, nukkaler ilalilqel ilalilqel ilalilqel VC ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	1	1		Gualilqel i rihkalin ilalilqel gualilqel ilalilqel ilalilqel VC ilalilqel ilalilqel alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	VC
7	Dakunlilqande alaler Furil 2024 nukkaler SSK alaler.	7	Furil 2024 nukkaler alaler SSK alaler nukkaler.	2	2	Ja	Samardannaler nuk ilalilqel	Dakunlilqande ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel ilalilqel.	1	2		Gualilqel i rihkalin nuk ilalilqel gualilqel ilalilqel nuk ilalilqel nukkaler, SSK nuk nukkaler alaler ilalilqel 24 maj 2024.	31-apr-23	Vainqannaler, Furil 2024 ilalilqel nukkaler VC

Riskanalys Värmebölja 2024														Beslut	
Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (möjlighet att en negativ händelse inträffar)		Allvarighetsgrad	Samolikhet	Riskpoäng	Fortsätta analys? Ja/Nej Vid Ja - fortsätt till bakomliggande orsaker	Bakomliggande orsaker Varför?	Åtgärdsförslag	Allvarighetsgrad	Samolikhet	Riskpoäng	Metod för uppföljning (av att åtgärder har genomförts och har avsedd effekt)	Uppdragsvärens godkännande	Ansvarig för genomförande
ID	Beskrivning	Risk ID	Beskrivning av risk												
Personal:	Minimera antalet personal		Boende finner ingen trygghet	3	3	9		Personal arbetar på olika sidor	Utse en liten arbetsgrupp som är riktad mot boende.	1	2	2	Uppföljd och genomfört 2024-07-20	VC	VC
	Kompetens personal		Boende finner ingen trygghet	3	3	9		Stor verksamhet med flera enheter per avdelning	Ordinarie personal frånvarande och sommarrekrytering med ny personal	2	1	2	Ny personal är på plats och rekryteringen väntas vara färdig v.24	vc/PL/avdelning ansvarig	vc/PL/avdelning ansvarig
	Uppdatera kontaktmannaskap		Boende finner ingen trygghet	3	3	9		Kontaktnan ej varit på plats regelbundet	Vice kontaktperson utsedd som tar ansvar när ordinarie är frånvarande	1	2	1	Uppföljs dagligen.	VC, PL	VC, PL
Städ:	hög kvalitet på städ		Boende upplever otrivsamt vistelse	3	3	9		Hög frånvaro i arbetsgruppen försvårar regelbunden städning	Gemensamt ansvar för allmänna utrymme och KP/Vice för boendes lägenheter	1	1	1	Avdelningsansvarig är ytterst ansvarig för att städningen utförs genom att planera ut i Epsilon	vc/PL/avd ansvarig	vc/PL/avd ansvarig
Dekoration/ möblering	Dekoration av lokaler/gemensamhetsrum		Boende upplever otrivsamt vistelse	3	3	9		Sitna möbler och stor mer på vissa avdelningar	Uppfräschning och storstäd av avdelningen klar v.24	1	1	1	Följs upp av BVC,PL	VC/BVC/PL	VC/BVC/PL
HSL:	Tydlig information		Boende upplever en otidighet kring vem som gör vad	3	3	9		Många är inblandade, omvårdnadspersonal och Attendo SSK	Tydlig struktur och kommunikation till boende och närstående	2	1	2	Följs upp av BVC,PL	VC/BVC/PL	VC/BVC/PL
	Tydlig information		Boende får ej i sig tillräckligt med vätska	3	3	9		Många inblandade omvårdnadspersonal	Planera ut i Epsilon ge vätska	2	1	2	Följs upp av VC/SSK	VC/SSK	VC/BVC/PL/SSK
	Tydlig information		Boende får illa av att de kan få värmeslag, uttorkning, nedsatt allmäntillstånd	3	3	9		Många inblandade omvårdnadspersonal	Säkerställa att det finns fläktar och AC på avdelningar	2	1	2	Följs upp av VC/SSK	VC/SSK	VC/BVC/PL/SSK
	Tydlig information		Boende får illa av att de kan få värmeslag	3	3	9		Många inblandade omvårdnadspersonal, avsaknad av engagerade närstående	Säkerställa att det finns fläktar och AC i boendes lägenhet	2	1	2	Följs upp av VC/SSK	VC/SSK	VC/BVC/PL/SSK

Analys/Slutsats:

Riskanalyser och handlingsplaner upprättas systematiskt i verksamheten vid behov. Det är ett arbetssätt som är väl implementerat både kring arbetet kring kund och arbetsmiljö, på individnivå för kund samt på organisatorisk nivå. Teamet runt riskbedömningarna kan variera och utökas efter behov.

Uppföljning:

Riskbedömningar och handlingsplaner följs upp på individnivå efter förändrat behov samt enligt årshjul. Riskbedömningar på organisatorisk nivå, och handlingsplaner som upprättas utifrån dessa bedömningar, följs upp vid förändrat behov samt vid risker som tillkommer. Dessa handlingsplaner återkopplas på kvalitetsmöten, APT eller via våra digitala system. Riskbedömningar och handlingsplaner vid arbetsmomentet kring kund följs upp efter årshjul eller vid förändrat behov. Riskbedömningar på organisatorisk nivå förs in i Stratsys och åtgärder kopplas till handlingsplanen.

4. Förbättringsarbeten

4.1 Dokumentation och genomförandeplaner

Vi har under året arbetat aktivt med att utveckla både de löpande anteckningarna i SoL-journal samt att skapa mer innehållsrika genomförandeplaner. Vi har genom månatliga dokumentationsgranskningar samt genom uppföljningar med biståndshandläggare (vilket skett 2 gånger under våren och hösten) identifierat förbättringsområden. Vi har genomfört dokumentationsutbildning för både nya och befintliga dokumentationsstödjare. Dessa har sedan haft till uppgift att säkerställa att löpande journalanteckningar är tillräckliga och relevanta. De har även i uppdrag att se till att det finns en följsamhet mellan mål (och delmål) i genomförandeplan och SoL-journal. VC har sedan alltid det yttersta ansvaret för att säkerställa följsamhet till rutin för dokumentation. Vid uppföljning med biståndshandläggare som genomfördes i november 2024 fick vi återkoppling på att detta arbete gett ett gott resultat.

4.2 Utredning av avvikelser

Under 2024 har stort fokus legat på att utveckla arbetet med avvikelshanteringen. VC arbetar, i nära samarbete med BVC/kvalitetssamordnare och teamet för att utreda och analysera avvikelser, identifiera bakomliggande orsaker samt sätta in relevanta åtgärder. Vi har implementerat arbetet med att använda oss av mallen för utredning vilket vi sett varit till stor nytta vid identifiering av bakomliggande orsaker. Tack vare denna identifiering har även åtgärder med rätt fokus kunnat sättas in vilket också medfört att vi sett en klar minskning av det totala antalet avvikelser under året.

4.3 Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vi har under 2024 arbetat systematiskt med att involvera medarbetarna i kvalitetsarbetet bland annat genom att avvikelser lyfts på APT månatligen. Där har medarbetarna varit en aktiv del i identifiering av bakomliggande orsaker vilket lett till att flera förbättrande åtgärder har identifierats och implementerats i

verksamheten. För alla inkomna avvikelser inhämtar VC och BVC/kvalitetssamordnare information och redogörelser från medarbetare som varit involverade i händelser/avvikelser. Detta för att möjliggöra att rätt bakomliggande orsaker identifieras och att på så sätt också rätt åtgärder implementeras i verksamheten.

4.4 Dagverksamhet

Vi har under året arbetat med att utveckla vår dagverksamhet och säkerställa att vi kan möta varje kunds unika behov. Vi har analyserat behoven på individnivå och utifrån detta skapat mer anpassade grupper och aktiviteter. För att möta den ökade efterfrågan har vi även sett över verksamheten och skapat nya grupper för att möjliggöra mottagandet av fler kunder.

5. Resultat

5.1 Måluppfyllelse

Under 2024 hade verksamheten följande mål:

- 1: Godkänd internrevision samt SoL-granskning**
- 2: Alla kunder med en demensdiagnos på Slomarp ska vara BPSD- skattade i teamet och uppdaterad riskbedömning och handlingsplan ska finnas.**
- 3: Bibehålla ett kundnöjdhetsindex över 85% på kommande temperaturmätningar samt Socialstyrelsens brukarundersökning.**
- 4: Inte ha en personalomsättning högre än 16%**
- 5: Öka förståelsen kring tillbud och arbetsskaderapportering.**
- 6: Fortsatt arbete kring avvikelshantering.**

Slomarp genomgick internrevision 2023 med godkänt resultat. Under 2024 har verksamheten granskats externt genom avtalsuppföljningar med Mjölby Kommun. Verksamheten har även genomgått HSL-granskning med resultat 100%.

Under 2023 var stort fokus på att implementera och arbeta med kompetenshöjande insatser gällande BPSD och detta var även fortsatt målet för 2024. Målet var att följa upp och utvärdera arbetet samt att se till att de skattningar, handlingsplaner och åtgärder har haft effekt. Målet för 2024 var att alla kunder med en demensdiagnos skulle BPSD-skattas och registreras. Vid årets slut var 92,5 % av alla kunder skattade enligt BPSD. Enstaka kunder har ej haft uppföljning varav en avdelning haft några fler. Ytterligare BPSD administratörer har under 2024 utbildats vilket har resulterat i flera ambassadörer som driver och håller ihop BPSD-arbetet på avdelningarna. På veckovisa ledningsmöten framåt följs BPSD-skattningar upp i syfte att säkerställa att målet, dvs att alla ska ha en skattning, nås under 2025.

Under våren 2024 genomförde Socialstyrelsen sin årliga brukarundersökning och resultatet för Attendo Slomarp visade en sammantagen nöjdhet på 85% vilket innebär att vi nådde uppsatt mål. Siffran visar att våra kunder fortsatt trivs hos oss och att Slomarp är attraktivt för nya kunder.

Vi nådde inte riktigt målet med att inte ha en personalomsättning högre än 16%. Vid årets slut visade den totala siffran en omsättning på 17,3%. En bidragande orsak till varför vi inte nådde målet var att flera av de medarbetare som var bokade för vikariat under semesterperioden i ett sent skede valde att hoppa av. Detta innebär att vi behövde rekrytera flera nya medarbetare på visstidsanställning.

Vi har under 2024 arbetat aktivt med att belysa vikten av rapportering av tillbud och arbetsskador i verksamheten. Denna rapportering utgör ett mycket viktigt underlag för oss i det systematiska kvalitetsarbetet men även för att kunna utföra förbättringar i den psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön. Under 2024 har totalt 48 arbetsmiljöavvikelser rapporterats i verksamheten vilket är tydlig ökning gentemot 2023 då det totala antalet arbetsmiljöavvikelser var 12 st. Detta tyder på att arbetet med att belysa vikten av denna rapportering har gett resultat.

Under 2024 har vi lagt fokus på att förstärka följsamheten kring avvikelshanteringen i Lifecare. Vi ser nu att hela teamet i en högre grad är delaktigt i både analys av bakomliggande orsaker och framtagande av åtgärder.

5.2 Intern kontroll/Egenkontroller

5.2.1 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. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. I egenkontrollen ingår analys av förhållningssätt, dokumentationsgranskningar, avvikelshantering, hantering av allvarliga avvikelser, riskanalyser, nationella och regionala kvalitetsregister, öppna jämförelser, hantering av synpunkter och klagomål, genomgång och uppdatering av kvalitetsledningssystem, hygienronder, externa granskningar samt brukarundersökningar.

5.2.2 Dokumentationsgranskning SoL:

VC har, i samverkan med dokumentationsansvariga, under 2024 månatligen granskat SoL-journaler i syfte att säkerställa att dokumentationen uppfyller lagstiftning. Vid granskningen kontrolleras bland annat kontaktuppgifter, samtycke, uppgifter om ansvarig SSK, läkare och handläggare. Vidare kontrolleras att genomförandeplan finns, att den är uppdaterad och att löpande journalanteckningar följer mål i genomförandeplan. Resultatet av SoL-granskningarna under 2024 var 96,5% (godkänt 90%). Vid granskningarna har vissa områden noterats som utvecklingsområden bland annat gällande följsamhet i journalanteckningar gentemot mål i genomförandeplan, uppgifter kring när genomförandeplan uppdaterats samt information kring levnadsberättelse. Aktuella frågor kring SoL-granskning sker löpande på APT samt på veckovisa ledningsmöten.

5.2.3 Avtalsuppföljning Mjölby Kommun

Under 2024 har vi haft 3 stycken avtalsuppföljningar med Mjölby Kommun där MAS, MAR och SAS deltagit från Kommunen. Vid dessa uppföljningar har granskning gjorts av bland annat dagverksamhet, bemanning, det systematiska kvalitetsarbetet, utredning enligt Lex Sarah, genomförandeplaner samt jourverksamhet. Uppföljningarna har legat till grund för en rad förbättrande åtgärder för verksamhetens kvalitetsarbete bland annat vad gäller avvikelshantering och säkerställande av nya beslut för dagverksamheten.

5.2.4 Uppföljning med biståndshandläggare

Vi har under 2024 haft 2 stycken uppföljningar med biståndshandläggare i Mjölby Kommun. Biståndshandläggarna har utfört fysiskt besök där man gått igenom genomförandeplaner men även sett över helheten för respektive kunder. Dessa uppföljningar har legat till grund för flera förbättringsåtgärder så som utförligare genomförandeplaner och uppdatering av insatsbeskrivningar för att bättre möta upp mot kundens önskemål. Vid dessa uppföljningar är närstående inbjudna att delta om kunden samtycker till detta.

5.2.5 Miljö och hälsa

Vi har under 2024 haft extern livsmedelskontroll från miljö och hälsa. Vid kontroller framkom enstaka avvikelser i verksamheten som kort efter detta åtgärdades och kontrollen ansågs sedan godkänd.

5.3 Brukarundersökningar

Under 2024 har 2 interna kundundersökningar genomförts. Utöver dessa har även 1 extern undersökning utförts (Socialstyrelsens brukarundersökning). I Socialstyrelsens brukarundersökning nådde vi resultatet 85% (2023 var resultatet 87%) vilket är klassificerat som mycket bra. Jämförelsevis med Kommunen är siffran 82% och för Östergötland och riket 79% vilket visar att vi har en hög nöjdhet. För upplevd trygghet var siffran 97% vilket är högre än både Kommun, Östergötland och riket. Våra interna kundundersökningar visade på en sammantagen nöjdhet på 97% och vi fick mycket fin respons kring bemötande, aktiviteter och känsla av trygghet. Även närstående uppgav att de upplevde ett väldigt gott samarbete med personalen på boendet. Under december månad genomförde vi även en närståendeundersökning som visade en sammantagen nöjdhet för Slomarp på 84%.

Nedan visas resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning med redovisning kring vad vi behöver lägga fokus på under 2025.



Tack för att du hjälper oss att bli bättre

85%

Attendo Slomarp

av kunderna uppger att de är nöjda

DETTA GÖR VI BRA

- **95%** Tycker det är lätt att få kontakt med personalen på boendet
- **85%** Tycker maten smakar bra
- **95%** är nöjda med bemötandet från medarbetarna

DETTA VILL VI FÖRBÄTTRA

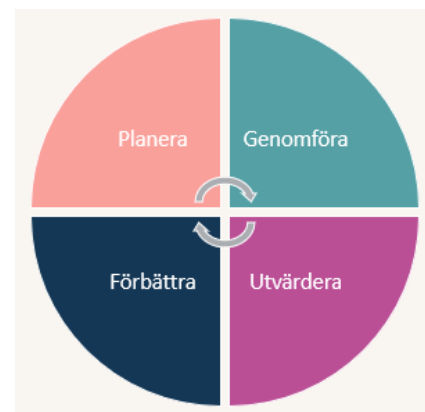
- **62%** tycker det är trivsamt i de gemensamma utrymmena
- **69%** tycker att aktiviteterna är bra och **78%** känner sig nöjda med möjligheterna att komma utomhus
- **75%** upplever att måltiderna är en trevlig stund på dagen

Nedan visas utdrag från intern kundundersökning utförd under Q4

Är det lätt att få kontakt med personalen?	94 %
Är du nöjd med de aktiviteter som erbjuds på ditt boende?	97 %
Är du nöjd med ditt boende?	97 %
Brukar personalen vara vänlig?	99 %
Hur brukar du må?	94 %
Hur brukar maten smaka?	90 %
Känns det tryggt på ditt boende?	96 %
Till närstående: Hur nöjd är du med din anhörigs kontaktperson?	75 %
Till närstående: Hur tycker du att samarbetet mellan dig och boendet fungerar?	100 %
Upplever du att måltiderna på ditt boende är en trevlig stund på dagen?	91 %

Excellent!	90-100
Mycket bra	85-89
Bra	80-84
Ni kan bättre!	70-79
Inte bra	0-69

Med underlag i dessa granskningar har vi under 2024 arbetat fram åtgärder med stöd av förbättringshjulet. Förbättringshjulet är till hjälp för att systematiskt kunna följa kvalitetsarbetet. Vi har utarbetat en handlingsplan för hur vi ska uppnå en bättre måltidssituation samt hur vi ska utveckla de gemensamma aktiviteterna. Som en del i detta har vi för varje avdelning utsett kost- och aktivitetsombud som stödjer ledningen i detta arbete. Vi arbetar även med måltidsobservationer som ett sätt att identifiera vad som kan förbättras för att öka kundernas upplevelse av en positiv måltidsmiljö.



6. Samverkan

Attendo Slomarp samverkar med externa aktörer och internt på olika nivåer i verksamheten. Attendo Slomarp har uppdrag utifrån avtal med Mjölby kommun och driver även tillsammans med kommunen café Tallen, där arbetar personer från kommunen som har behov av daglig verksamhet.

Vi samverkar även med Prästgårdslidens Förskola där vi driver ett gemensamt projekt där barn och äldre utför aktiviteter tillsammans.

Slomarp samverkar även med arbetsförmedlingen samt företag som driver arbetspolitiska program, allt för att främja ett intresse för vård och omsorg. Attendo Slomarp samverkar även med kommunens demensteam.

Tillstånd att driva verksamheten finns från IVO.

Verksamheten samverkar med beställaren (Mjölby Kommun) genom att representanter från beställaren deltar vid månatliga kvalitetsmöten samt genom tertiala avtalsuppföljningar. Däremellan sker löpande samverkan utifrån behov så som möten gällande larm, HSL, dagverksamhet där representanter från dessa team möter ledningsgrupp.

Var 5:e vecka sker samverkansmöten för dagverksamheten där VC, BVC, ansvarig omvårdnadspersonal Treklövern, AT/SSK, Demenssjuksköterska, hemstöd och bistånd deltar. På dessa möten lyfts nuvarande kunders behov, befintlig kö och aktuellt från HSL. VC är sammankallande till dessa möten, vilka ger ett underlag för att kunna anpassa verksamheten utifrån kundernas individuella önskemål och behov. Målsättningen är att kunderna ska få känna gemenskap och trygghet med andra i en positiv miljö. Aktiviteterna utgår ifrån, och anpassas efter, kundernas enskilda behov och förmågor.

Verksamheten har nära samverkan med Attendos KVV (Kvalitetsutvecklare). Denne är ett stöd i kvalitetsfrågor och deltar även i arbetet inför avtalsuppföljningar och vid utredningar av allvarliga händelser.

Samverkan och delaktighet för närstående

Att ha en bra dialog och samverkan med våra närstående är en viktig del i vårt kvalitetsarbete. Regelbundna anhörigbrev har skickats ut minst 1 gång i veckan samt extra vid behov om något särskilt har hänt. Där har vi berättat om vilka aktiviteter som har utförts både med ord och i bild, vad som sker och skett i verksamheten samt vad som är på gång. I veckobrevet bifogas även kommande veckas meny samt aktivitetsblad. Vi bjuder även in närstående att delta på gemensamma aktiviteter och restaurangbesök.

Vi har haft två stycken välbesökta närståendeträffar under våren och hösten där vi berättat mer om vår verksamhet och öppnat upp för dialog. Vid träffarna har det hållits föreläsningar av demenssjuksköterska samt av representant från anhörigstöd.

Löpande samverkan med kunder och närstående sker i det dagliga arbetet samt i samband med omvårdnadsplaneringar och träffar för kunder och närstående.

7. Personal

Attendo utför medarbetartermometern 4 gånger per år, här följer vi medarbetarnöjdheten som ger oss en bra indikation kring hur medarbetarna trivs på jobbet. Resultatet av medarbetarundersökningarna lyfts regelbundet på APT och ligger till grund för förbättringsåtgärder vad gäller arbetsmiljön.

Under den andra halvan av 2024 har vi sett ett något lägre resultat i våra medarbetarundersökningar. Utifrån detta kommer handlingsplan upprättas med fokus på att identifiera bakomliggande orsaker och kunna implementera åtgärder för att öka trivselen hos medarbetarna. Vid första analys framkom bland annat medarbetarna har svårigheter att förstå den skala som används (eNPS). Skalan är från 1-10 där 1-6 ger ett negativt resultat där flera som säger sig ha svarat inom detta spann ändå upplever trivsel på arbetsplatsen. Ytterligare orsakspåverkan är frågor kring verksamhetsövergång. Under hösten 2024 implementerades ett nytt schema i syfte att säkerställa en god kontinuitet för våra kunder och i högre grad ha ordinarie personal i tjänst under både dag, kväll och helg. Schemaförändringarna

har fallit olika väl ut hos våra medarbetare och vi har under en utvärderingsperiod haft dialog med de medarbetare som haft synpunkter på det nya schemat och i möjligaste mån försökt att möta deras önskemål.

Under början av 2025 kommer vi göra ett större arbete på APT med fokus på trivsel och arbetsmiljö.

7.1 Kompetens

Personalen är vår främsta resurs och vi strävar efter att ha medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet för att möta kundens behov.

I verksamheten har vi olika professioner och kompetenser. Nedan ser ni en fördelning av dessa:

Statistiken visar totalt antal anställda under 2024 och innefattar även medarbetare där anställning varit tidsbegränsad alternativt vars anställning avslutats under året.

År 2024	
Totalt ant. Anställda (dvs. tillsvidare + vikarier)	167 st
Tillsvidare	85 st
Säva (vikarie)	82 st
Undersköterskor	61 st
Vårdbiträden	98 st
Sjuksköterskor	4 st
Arbets terapeut	1 st
Verksamhetschef	1 st
Planeringsledare	1 st
Biträdande Verksamhetschef	1 st
Fysioterapeut (Hammarlyck Rehab Team/Attendo)	0,2 st

Analys/slutsats:

Vi ser fortsatt utmaningar i rekrytering och ser att det finns en nationell brist på personer med rätt utbildning och rätt kompetens. Dessutom konkurrerar vi också med sjukhus och andra vårdinrättningar i rekryteringsprocessen. Vi ser även att andelen vårdbiträden ökat under 2024, vilket vi kan härleda till rekryteringsprocessen för sommaren.

7.2 Personalomsättning

Slomarp har under 2024 haft en sammanlagd personalomsättning på 17,3% vilket är i paritet med siffran från 2023 (17,25%).

Analys / slutsats:

Vid analys av personalomsättningen under året är representationen låg hos medarbetare som har en tillsvidareanställning, vilket ses som positivt. Den största delen av personalomsättningen faller inom medarbetare med särskild visstidsanställning. Verksamheten hade en utmaning inför sommaren då flera av de medarbetare som rekryterades och introducerades för visstidsanställning sent valde att hoppa av och rekryteringsprocessen behövde därför göras om. Identifierad trend är dessutom att många medarbetare med särskild visstidsanställning har flera arbeten samtidigt och att de snabbt och ofta väljer att byta arbetsplats.

7.3 Sjuktal

Under året 2024 har vi haft 7 % korttidsfrånvaro det vill säga från dag 0-14.

Korttidsfrånvaron har sjunkit jämförelsevis med 2023 då den låg på 8,19%. Vi har haft perioder av hög sjukfrånvaro då vi har haft utbrott av vinterkräksjuka men även Covid och mycoplasma.

Vi har under året arbetat aktivt med rehabsamtal för medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro och vi ser att detta gett resultat. Vid längre sjukskrivningar har vi haft stöd från vårdcentralens rehabkoordination i planen för återgång till arbete.

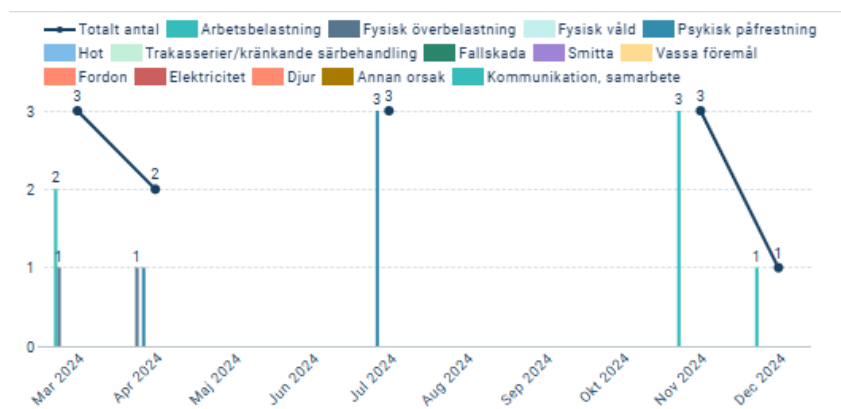
Vi har även samarbete med Falck företagshälsovård där VC fått vägledning i hur vi som arbetsgivare kan hjälpa och stötta medarbetarna på bästa sätt.

7.4 Arbetsskador och tillbud

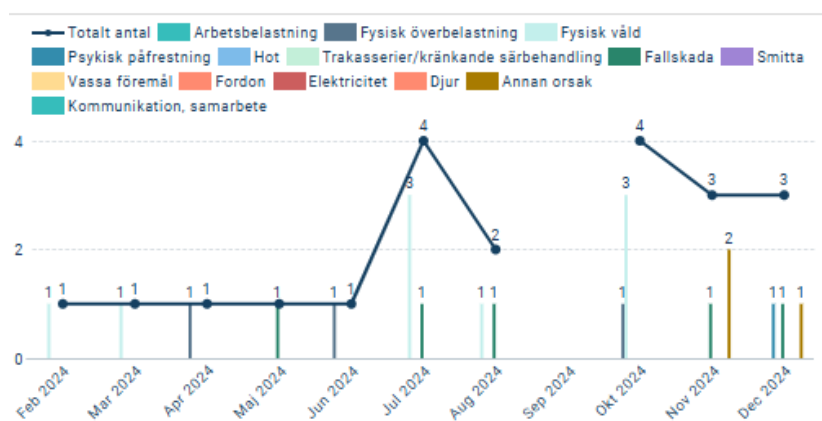
Under året har totalt 48 arbetsmiljöavvikelser rapporterats in. Medarbetarna rapporterar inträffade händelse/avvikelse i Centuri. Verksamhetschefen tar emot rapporten och bedömer om det rör sig om ett tillbud eller en arbetsskada. När detta är gjort faller statistiken ut i Stratsys under följande kategorier: Tillbud, arbetsskador samt hot & våld i arbetsmiljön.

Nedan visas statistik för 2024

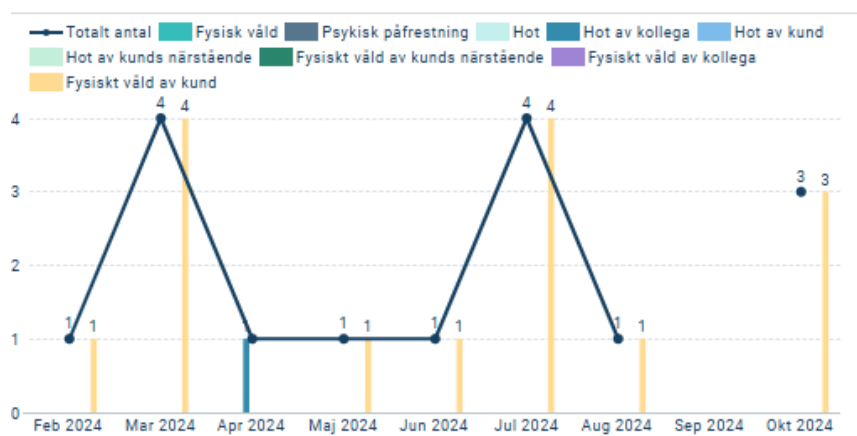
Tillbud:



Arbetsskador:



Hot och våld- Arbetsmiljö:



Analys/åtgärder:

Den största delen av de tillbud som rapporterats berör upplevelsen av för hög arbetsbelastning. Vi har vid analys kunnat härleda detta till perioder av hög sjukfrånvaro samt under semesterperioden. Vi kan även se en allt mer ökad vårdtyngd då de kunder som kommer till oss på Slomarp redan vid inflyttning har ett betydligt sämre allmäntillstånd än vad vi upplevt tidigare. För att möta medarbetarnas upplevelse arbetar vi kontinuerligt med att se över vårdtyngden på hela boendet och, om möjligt, vid behov omfördelar resurserna i verksamheten. Vid vissa perioder av extra vårdtyngd har vi även satt in extra resurser för att minska arbetsbelastningen.

Av andelen arbetsskador som rapporterats in är majoriteten fysiskt våld från kund. Vi arbetar aktivt med BPSD-skattningar och åtgärder utifrån dessa skattningar men vi har flera kunder med svår BPSD-problematik där det trots bemötandepå plan ändå ibland sker incidenter. SSK och VC arbetar löpande med handledning till all personal och vid behov tas även stöttning från BPSD-teamet i Mjölby Kommun.

För att minska risken för arbetsskador i samband med omvårdnad håller vi regelbundna förflyttningsutbildningar för våra medarbetare. Vi har även arbetsterapeut närvarande helgfria vardagar som snabbt kan göra insatser och bidra med handledning relaterat till förflyttning.

7.5 Kompetensutveckling

Vi strävar alltid efter att ha en hög lägsta nivå i vår verksamhet och fokus under detta år har varit kompetenshöjande insatser för medarbetarna. Utbildningar och andra kompetenshöjande insatser är en viktig del i att säkerställa bemanning med rätt kompetens. För att säkerställa att nyanställda erhåller rätt förutsättningar, och rätt kompetens, att utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt får alla nyanställda en utsedd handledare. Denne har till ansvar att introducera den nyanställda i verksamhetens arbetssätt och rutiner och säkerställa att medarbetaren har tillgång till alla aktuella system. Handledaren ansvarar även för genomgång av dokumentation och avvikelshantering. VC/BVC ansvarar för uppföljning av introduktion.

Verksamheten planeras med hjälp av planeringsverktyget Epsilon som säkerställer att alla insatser blir utförda och möjliggör uppföljning. Medarbetarnas delegeringar finns inlagd i systemet så att vi kan försäkra oss om att vi har bemannat med rätt kompetens.

Under 2024 har vi genomfört följande utbildningar för våra medarbetare:

- Inkontinens
- Trycksår
- Basal omvårdnad
- Förflyttning
- Dokumentation
- Munhälsa
- Palliativ vård
- UVI (SSK)
- Brandutbildning

Vi har även utbildat fler BPSD-administratörer som en del i ledet att nå vårt mål med att alla kunder ska ha en BPDS-skattning och handlingsplan.

Alla medarbetare på Slomarp har årligen utvecklingssamtal där man tillsammans skapar en individuell plan för respektive medarbetare.

Patientsäkerhetsberättelse För Attendo Slomarp År 2024



Datum: 2025-01-31

Ansvarig för innehållet: Verksamhetschef Mari Edeson & HSL-ansvarig sjuksköterska Malin Larsson
Deltagit i faktainsamling och analys: Mari Edeson (verksamhetschef), Anna-Maria Axelsson (biträdande verksamhetschef/kvalitetssamordnare), Malin Larsson (sjuksköterska), Arbetsterapeut Ida Waldebring
Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu.....	21
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelser	22
Klagomål och synpunkter	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29

SAMMANFATTNING

Attendo har ansvarat för driften av Slomarps vårdboende på uppdrag av Mjölby kommun till och med 2025-11-31. Under 2024 har verksamheten arbetat aktivt med att stärka kompetensen hos medarbetarna och ytterligare utvecklat det systematiska kvalitetsarbetet som en del i ledet för att öka patientsäkerheten för patienterna.

Stort fokus har legat på att utveckla avvikelshanteringen och i det arbete djupare med analys av bakomliggande orsaker för att på så sätt kunna säkerställa och implementera korrekta åtgärder. Vi ser att arbetet gett resultat då haft en klar minskning i det totala antalet avvikelser under året.

Under året 2024 hade Slomarp fem övergripande mål:

1. Fortsätta bibehålla en god vård och omsorg och arbeta efter årshjulet och därmed skattning enligt bedömningsinstrumenten. Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD.
2. Fokusera på kvalitetsarbete och kompetenshöjande insatser för medarbetarna.
3. Godkänd interrevision samt HSL-granskning.
4. Följa upp och utvärdera arbetet med BPSD och dess effekt samt att alla patienter med demensdiagnos ska ha en skattning enligt BPSD.
5. Minska läkemedelsavvikelsena med 10%

Slomarp har under 2024 uppvisat en stor följsamhet och ett högt antal registreringar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD-registret. Verksamheten har under året genomgått internrevision HSL samt granskat dokumentation med resultat 100%. Verksamheten har även haft externa granskningar, bland annat avtalsuppföljningar med Mjölby Kommun som legat till grund för förbättrande åtgärder för verksamheten.

Under 2024 har verksamheten haft kompetenshöjande insatser för medarbetarna i form av utbildningar i bland annat basal omvårdnad och trycksår.

Under 2025 kommer verksamheten lägga extra fokus på BPSD, trycksår, VRI:er och läkemedelsavvikelser.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. I Attendo Slomarps ledningsgrupp ingår verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och avdelningsansvariga undersköterskor.



I verksamheten arbetade under 2024 5 avdelningsansvariga undersköterskor/vårdbiträden, som från verksamhetschef överlätits enskilda ledningsuppgifter.

HSL-organisationen består av 4 sjuksköterskor samt arbetsterapeut, dessa finns i verksamheten samtliga helgfria veckodagar. Vi har även en fysioterapeut som finns i verksamheten 8 timmar per vecka.

Samtliga ovanstående arbetar 40h/vecka, på kvällar och helger finns det en verksamhetschef i beredskap i regionen som har jour och kontaktas om behov uppstår. På kvällar och helger utför sedan 24-03-01 Attendos Mobila team hälso- och sjukvårdärenden i verksamheten och finns även tillgängliga via telefon och när behov uppstår.

Verksamheten har ett välutvecklat kvalitetsledningssystem där avvikelser, tillbud, arbetsskador, kvalitetsmötesprotokoll, kundnöjdhetsindex, HSL-granskningar, SoL-granskningar, hygienrond, externa granskningar så som läkemedelsgranskning från apoteket och avtalsuppföljning samt att allvarliga avvikelser dokumenteras och följs upp utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete. Verksamhetschef har en överblick över kvaliteten i verksamheten och kan ta ut rapporter och analyser via kvalitetssystemet vid behov. Kvalitetsarbetet följs systematiskt på lednings- och kvalitetsmöten.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Under 2024 hade verksamheten följande mål:

- Fortsätta bibehålla en god vård och omsorg och arbeta efter årshjulet och därmed skattning av alla patienter enligt bedömningsinstrumenten. Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD.
- Fokusera på kvalitetsarbete och kompetenshöjande insatser för medarbetarna.
- Godkänd HSL-internrevision samt HSL-granskning.
- Inga patienter ska ha trycksår
- Höja kompetens kring blåsdysfunktion samt att samtliga patienter ska ha en uppdaterad riskbedömning och handlingsplan samt vara registrerade i Senior Alert.
- Minska läkemedelsavvikelserna
- Säkerställa avvikelshanteringen i kommunens system Lifecare som implementerades i verksamheten under 2023.

Organisation och ansvar

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

Regionchef:

- Leder regionens ledningsgrupp i kvalitetsfrågor.
- Följer upp regionens enheter enligt Attendos kvalitetsledningssystem.
- Utser vid allvarliga avvikelser en utredare och begär in åtgärdsplaner av ansvarig verksamhetschef efter samråd med kvalitetsutvecklare.

Verksamhetschef:

- Har det yttersta HSL-ansvaret men har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 4 kap. 4–5 §§ Hälso- och sjukvårdsförordningen” till utsedd HSL-sjuksköterska på Slomarp.
- Ansvarar för att verksamheten bedriver kvalitetsarbete där hög kvalitet och patientsäkerhet uppnås.
- Säkerställer patientsäkerheten på flera olika sätt genom exempelvis externa samt interna egenkontroller såsom internrevision, hygienronder, dokumentationsgranskningar, läkemedelsgranskningar och nattfastemätningar.
- Leder och fördelar resurser i patientsäkerhetsarbetet.
- Ansvarar för att direktiv från kommunens MAS och av Attendos kvalitetsutvecklare följs.
- Ansvarar för att förutsättningar för en patientsäker vård
- Ombesörjer att rätt kompetens finns hos de olika yrkeskategorierna samt tillgodoser verksamhetens behov och tillgänglighet till medicinsktekniska produkter.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Ansvarar för arbetsmiljön.
- Huvudansvarig för avvikelshantering/kvalitetsarbetet.
- Huvudansvarig för trygghetslarm.
- Huvudansvarig för att rapportera och debitera mot kommunen.
-

Biträdande verksamhetschef/kvalitetssamordnare:

- Ersätter verksamhetschef vid kortare frånvaro.
- Hanterar schemaläggning, planering och rekrytering i verksamheten.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- 1: a kontakt med boendesamordningen på Mjölby kommun gällande in- och utflytt.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Ansvarar för all debitering gentemot kommunen.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering
- Leder kvalitetsgruppens arbete, sammanställer statistik samt gör uppföljningar av pågående utredningar.
- Tar fram underlag till kvalitetsgruppens arbete och skriver protokoll från kvalitetsgruppens möten.
- Bereder förslag och skapar underlag till verksamhetschef för framtagande av nya rutiner i verksamheten.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Avdelningsansvariga:

- Utför planering av omvårdnadsinsatser i planeringsverktyget Epsilon.
- Varje morgon uppdatera genom att informera verksamhetschef, biträdande verksamhetschef samt kollegor kring aktuell status på avdelningen.
- Medverkar vid riskbedömningar, vårdplaneringar, välkomstsamtal mm.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.

Kvalitetsutvecklare:

- Representerar Attendos centrala kvalitetsorganisation.
- Utbildar chefer och medarbetare i frågor rörande kvalitetsutveckling, systematiskt kvalitetsarbete och metoder.
- Bevakar nya lagar och författningar samt tar fram centrala riktlinjer och implementerar och tar fram formerna till den interna egenkontrollen samt internrevisionen.

Kvalitetsombud:

- Finns på varje avdelning och bistår kvalitetssamordnaren samt deltar i kvalitetsmöten en gång i månaden. Kvalitetsombuden på Slomarp är våra avdelningsansvariga.

Sjuksköterska:

- Bedriver systematiskt arbete för att tidigt identifiera risk för skador hos patienten.
- Patientansvar är uppdelat på samtliga sjuksköterskor, alla patienter har en namngiven ansvarig sjuksköterska.
- Ansvarar för att HSL-insatser sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och rutiner från medicinskt ansvarig sjuksköterska.
- Ansvarar för utförande av delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal enligt gällande rutiner. Inför delegering ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnadspersonal får utbildning och genomgår kunskapstest.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Arbetsterapeut:

- Bedriver systematiskt arbete för att förebygga, mildra och lösa begränsningar hos patienterna.
- Förskrivning av hjälpmedel.
- Utför riskbedömningar i arbetsmomentet kring boende.
- Utför hälsofrämjande aktiviteter.
- Ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefens arbete.
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Fysioterapeut

- Bedriver systematiskt arbete för att förebygga, mildra och lösa begränsningar hos våra patienter.
- Bedriver fallförebyggande arbete

- Planerar och utför anpassad träning
- Utför hälsofrämjande aktiviteter
- Medverkar i möten och kvalitetsforum.
- Medverkar i teamet kring avvikelshantering

Medarbetare:

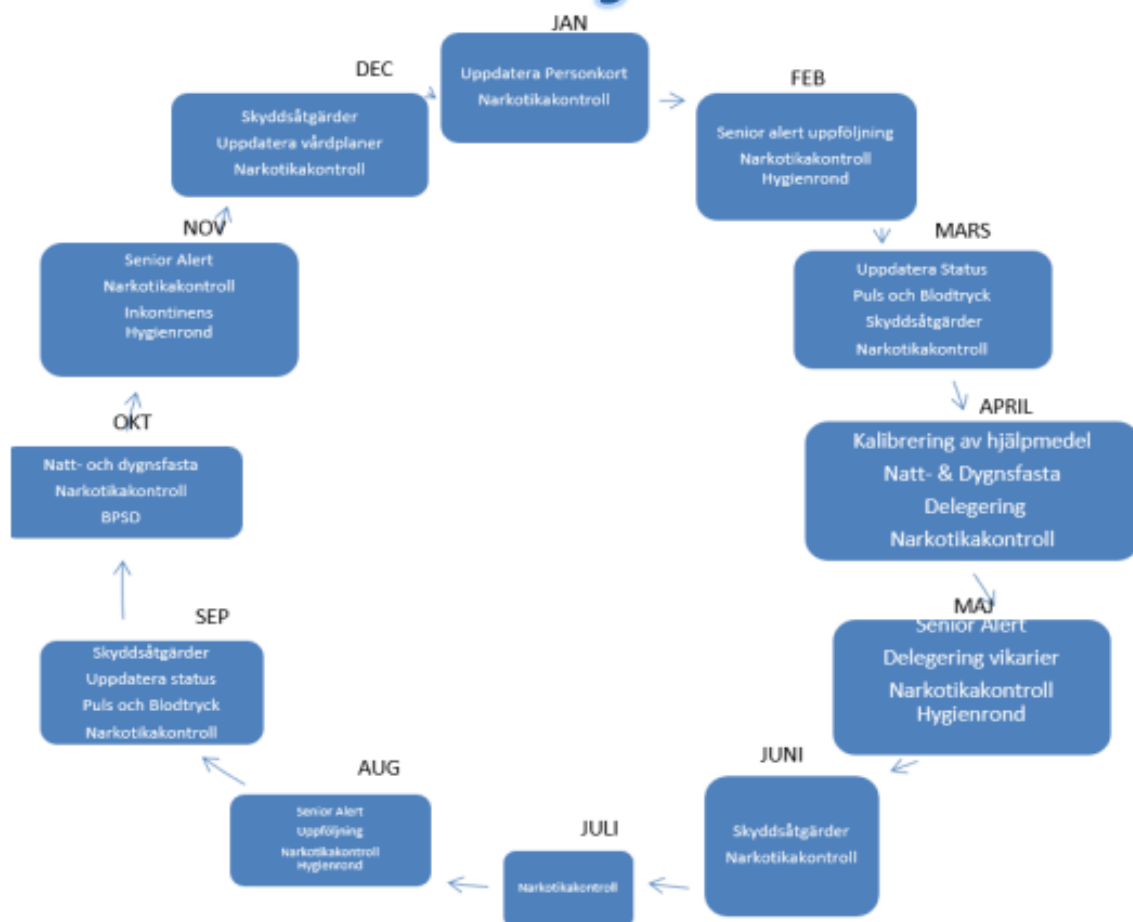
- ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet i alla dess delar.

Externa samverkanspartners:

- **MAS- och MAR-ansvaret** ligger på uppdragsgivaren och därmed Mjölby kommun.
 - o ansvarar för direktiv för den kommunala hälso- och sjukvården gällande processer och riktlinjer.
 - o ansvarar för anmälan enligt Lex Maria och fattar beslut om eventuell anmälan till IVO.
 - o MAS innehar uppföljande funktion enligt avtal avseende hälso- och sjukvård.
- **Läkarorganisation:** Ansvarsfördelningen är reglerad i ett övergripande samverkansavtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård.
- varje verksamhet samverkar med ansvarig läkarorganisation tilldelad utifrån geografiskt område. Samtliga boende på Slomarp tillhör Mjölby Vårdcentral.
- **Samverkan med LAH** för patienter med behov av avancerad sjukvård.

Att bedriva ett patientsäkerhetsarbete kräver en engagerad ledning, styrning och en tydlig struktur. Nedan visas årshjulet för vår verksamhet gällande HSL-arbetet

Årshjulet



Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

För att förebygga exempelvis fall, undernäring och trycksår använder vi oss av Senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister och som finns tillgängligt via webben där personer som är 65 år eller äldre registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Innan en person registreras i Senior Alert måste information lämnas på ett sådant sätt att personen förstår innebörden. Senior Alert är ett förebyggande arbetssätt och består av systematik, struktur och synliggörande av resultat. Arbetssättet med Senior Alert är väl implementerat på Slomarps och används fullt ut i verksamheten. Sjuksköterskorna uppdaterar Senior Alert minst 2 ggr per år eller oftare vid behov, och registreringen förs alltid in senast 14 dagar efter inflyttning. Efter riskbedömning kan behov uppstå som behöver diskuteras med verksamhetschef exempelvis om rummets fysiska utformning behöver anpassas, mer personal finns tillgänglig mm. HSL-ansvarig sjuksköterska delar även statistik från registret till verksamhetschef.

Ledningsmöte: Varje vecka på onsdagar har verksamheten gemensamt möte där sjuksköterskor, verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, aktivitetsansvariga samt avdelningsansvariga medverkar.

Här diskuteras vårdinsatser samt förändringar i hälsotillstånd som har uppmärksammats samt identifierade hälsorisker och omvårdnadsbehov. Även utvärdering av insatser samt förändrat eller utökat omvårdnadsbehov diskuteras på detta möte. Här sker även planeringar av kommande aktiviteter samt om det finns behov av förändringar i bemanningen. Detta ger verksamhetschef en bra överblicksbild över varje avdelning och dess utmaningar.

Kvalitetsmöte: En gång i månaden har verksamheten kvalitetsmöte som leds av kvalitetssamordnare där sjuksköterskor, avdelningsansvariga, verksamhetschef/biträdande verksamhetschef, arbetsterapeut, fysioterapeut samt ibland även skyddsombud deltar. Kvalitetsmötet är ett forum där kvalitetsgruppen diskuterar och analyserar förbättringar och utveckling av kvaliteten inom organisationen på verksamhetsnivå. Vid månatliga kvalitetsmöten sammanställer kvalitetssamordnaren inkomna händelser/avvikelser i syfte att följa upp och utveckla verksamheten via statistik ser vi avvikelser på en övergripande nivå i syfte att analysera, se trender och sätta in åtgärder för att öka säkerheten för hela verksamheten. Representanter från Mjölby Kommun bjuds in och deltar vid kvalitetsmöte.

Kvalitetsmötesprotokollen skrivs alltid in i kvalitetssystemet ADD.

Teamträffar: På Attendo Slomarp har vi även månatliga teamträffar, och då medverkar alltid omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjuksköterska, samt även fysioterapeut. På teamträffarna diskuteras vård- och rehabiliteringsinsatser på individnivå. Vid behov deltar även VC vid teamträffar.

Samverkan: Verksamheten samverkar med beställaren (Mjölby Kommun) genom att representanter från beställaren deltar vid månatliga kvalitetsmöten samt genom tertiala avtalsuppföljningar. Däremellan sker löpande samverkan utifrån behov så som möten gällande larm, HSL, dagverksamhet där representanter från dessa team möter ledningsgrupp.

Vid övergångar mellan olika vårdinstanser såsom mellan Region och kommun finns en gemensamt framtagen checklista för att säkerställa att överrapportering sker i tillräcklig utsträckning avseende vårdtagares hälsostatus och behov.

En gemensamt definierad öppenvårdsprocess finns som underlag för samordning och övergång mellan olika aktörer framtagen för att patientsäkerheten skall bibehållas. Processen används för att informationsutbytet skall vara enhetligt och patientsäkert mellan överlämnande/mottagande inom alla hälso- och sjukvårdsinstanser.

Verksamheten samverkar med vårdcentralen och ansvarig läkare veckovis genom att systematiskt använda rondunderlag med identifierade hälsorisker och omvårdnadsbehov samt åtgärder, resultat och utvärdering av insatser.

Daglig samverkan sker mellan patientansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Detta för att snabbt få insikt i patienters aktuella hälsotillstånd och identifiera eventuella förändringar i hälsotillståndet, vilka behöver fortsatt bedömning och ställningstagande till vårdbehov och vårdnivå. När omvårdnadspersonal identifierar behov skickas vårdbegäran till SSK/rehab via Life Care. Vid akuta behov kontaktas SSK/rehab omgående per telefon.

Legitimerad sjuksköterska använder digitala system för informationsinhämtning via Cosmic Link där flera aktörer samverkar kring patientens hälso- och sjukvård. Via Cosmic kan sjuksköterska ta del av samlad diagnostik, behandling och provresultat vilket är en förutsättning för att patienter ska få rätt vård och behandling. Under december månad 2024 tillkom även möjligheten att kommuniceras snabbt vis Cosmic Messenger.

SIP (samordnad individuell planering) sker mellan aktuella hälso-och sjukvårdsaktörer för att identifiera och samordna insatser kring patienters hälso-och sjukvårdsbehov.

Riskbedömning kring varje patient görs i nära samarbete mellan Sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut och övrig omvårdnadspersonal för kartläggning av risker samt preventivt arbete avseende vårdskador. Till sin hjälp i identifieringen av risker har involverade medarbetare arbetat med skattningsskalorna Senior Alert samt BPSD.

Läkare och ledning konsulteras och medverkar vid behov.

Riskbedömning och eventuella åtgärder dokumenteras av legitimerad medarbetare i patientens journal. Vid konstaterade risker upprättas vårdplaner av legitimerad medarbetare och åtgärder fördelas till omvårdnadspersonalen.

Verksamheten har nära samverkan med Attendos KVV (Kvalitetsutvecklare). Denne är ett stöd i kvalitetsfrågor och också ett stöd för verksamhetens sjuksköterskor. KVV är även den som utför intervision HSL samt granskning av HSL-dokumentation. KVV deltar även i arbetet inför avtalsuppföljningar och vid utredningar av allvarliga avvikelser.

Verksamheten har under 2024 samverkat med mobila teamet för att uppnå patientsäkerhet under jourtid. Utifrån inkomna avvikelser och återkoppling från avtalsuppföljning har verksamheten arbetat med åtgärder för att förbättra och utveckla samverkan.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerheten har bärighet på säkerhetsaspekter avseende information som berör tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet.

Attendo arbetar aktivt med att hålla en hög informationssäkerhet enligt GDPR och HSLF-FS 2016:40. 7 kap.1§. Samtliga medarbetare, elever, studenter och andra aktiva i våra verksamheter skriver under tystnadspliktsavtal innan de påbörjar sin anställning. Riskanalyser är gjorda centralt i företaget och rutiner är utvecklade för att säkerställa arbetet med detta.

För att hålla hög informationssäkerhet gentemot patienterna genomförs slumpmässiga loggkontroller månadsvis där samtliga aktiviteter, oberoende på vilken befattning man har i journalsystemet Life Care granskas. Syftet är att tillse att medarbetare endast tar del av journalhandlingar som är nödvändiga för dennes tjänsteutövning. Verksamhetschefen på respektive verksamhet är den som ansvarar för att kontrollerna blir utförda. Kontrollerna protokollförs och sparas på aktuell verksamhet enligt rutin. Behovsanalyser görs för varje enskild medarbetare oavsett befattning för att ta ställning till vilken behörighet och åtkomst personen ska ha inom ramen för sin tjänst.

Information om hantering av känslig information samt journalföring lämnas vid nyanställning samt återges vid behov i verksamheten.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej aktuellt

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

En viktig del i att bygga en säkerhetskultur i verksamheter är att uppmuntra dialog och öppenhet. En förutsättning för det är ett sunt rapporteringsklimat där enskilda personer både vågar och tar ansvar för att rapportera eventuella risker och avvikelser, bidra till förbättringar och se det som självklara delar i sitt arbete i vardagen. Ledningen behöver arbeta med att aktivt motverka en kultur med sanktioner och misstänksamhet och förespråka transparens och ett tillåtande klimat. Följande arbetssätt används i arbetet med att bygga en säkerhetskultur;

- Avvikelsehantering (rapportering av avvikelser)
- Kvalitetsmöten med protokoll där händelser och förbättringsåtgärder diskuteras.
- Attityder och förhållningssätt i verksamheten.
- Nätverk för att skapa lärande och kompetens- och erfarenhetsutbyten mellan verksamheter

En viktig del i arbetet med kulturen är att det finns en hög medvetenhet i verksamheten bland alla medarbetare om sambandet mellan kvalitet och arbetsmiljö. På personalmöten diskuteras därför ofta arbetssätt och förhållningssätt som kan påverka kvaliteten och säkerhetskulturen samt hur säkerhetskulturen kan påverka arbetsmiljön. På personalmöten tas även rutiner och riktlinjer upp och systematiskt enligt med årshjul tas även rapporteringsskyldighet, lex Sarah samt lex Maria upp. Även information kring Attendos visselblåsarfunktion diskuteras på personalmöten.



Adekvat kunskap och kompetens

Vi strävar alltid efter att ha en hög lägsta nivå i vår verksamhet och fokus under detta år har varit kompetenshöjande insatser för medarbetarna. Utbildningar och andra kompetenshöjande insatser är en viktig del i att säkerställa bemanning med rätt kompetens. För att säkerställa att nyanställda erhåller rätt förutsättningar, och rätt kompetens, att utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt får alla nyanställda en utsedd handledare. Denne har till ansvar att introducera den nyanställda i verksamhetens arbetssätt och rutiner och säkerställa att medarbetaren har tillgång till alla aktuella system. Handledaren ansvarar även för genomgång av dokumentation och avvikelsehantering. VC/BVC ansvarar för uppföljning av introduktion.

Verksamheten planeras med hjälp av planeringsverktyget Epsilon som säkerställer att alla insatser blir utförda och möjliggör uppföljning. Medarbetarnas delegeringar finns inlagda i systemet så att det kan försäkras om att verksamheten har bemannat med rätt kompetens.

Under 2024 har verksamheten genomfört följande utbildningar för medarbetarna:

- Inkontinens
- Trycksår
- Basal omvårdnad
- Förflyttning
- Dokumentation
- Munhälsa
- Palliativ vård
- UVI (SSK)



Verksamheten har även utbildat fler BPSD-administratörer som en del i ledet att nå mål med att alla patienter ska ha en BPSD-skattning och handlingsplan.

Alla medarbetare på Slomarps har årligen utvecklingssamtal där man tillsammans skapar en individuell plan för respektive medarbetare.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



- Vid välkomstsamtal, i samband med inflyttning, deltar patient, samt närstående (om samtycke ges) Vid dessa samtal deltar även hälso-och sjukvårdspersonal. Vid samtalet redogörs för patientens aktuella hälsostatus samt hälso-och sjukvårdsbehov.
- Alla patienter är delaktiga i upprättande av genomförandeplan, vilken är grundstenen i patientens vård och omsorg. Vid intern dokumentationsgranskning kontrolleras att vård och omsorg utförs enligt patientens önskemål och behov.
- Patient och närstående ges möjlighet att vara delaktiga vid vårdplanering. Alla insatser utifrån hälso-och sjukvårdslagen är frivilliga och patienten ska så långt det är möjligt ges inflytande över insatserna. Insatserna planeras och genomförs med respekt för den enskildes integritet och självbestämmanderätt.
- Verksamheten bjuder 2 gånger per år in till närståendeträffar där hälso-och sjukvårdsfrågor kan diskuteras på en övergripande nivå.
- Verksamheten bjuder varje månad in till boråd där patienterna får komma med förslag samt synpunkter kring vården på Slomarps.
- Inriktningsbeslut avseende vård sker i samråd med patient och närstående.
- Vid avvikelser och allvarliga händelser/Lex Maria involveras alltid patient och/eller närstående.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Resultat för verksamhetens värden utifrån kvalitetsregister Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD och Svedem presenteras nedan. Vidare kommer även resultat, analys och åtgärder redovisas gällande granskningar och kvalitetsfrågor.

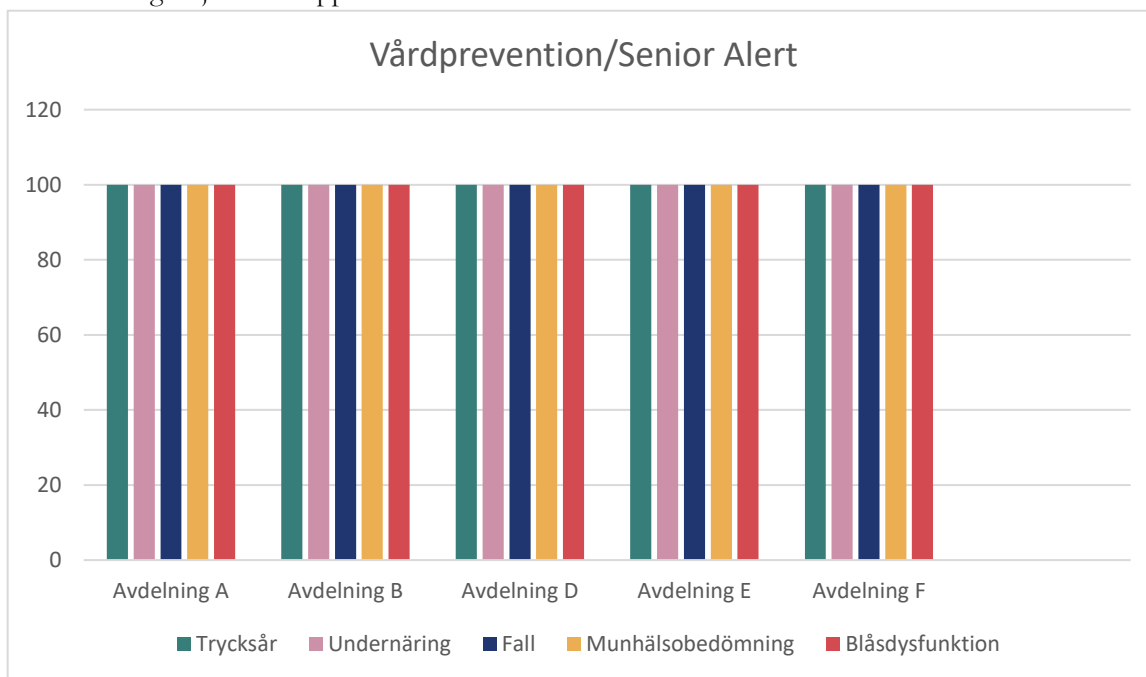
Senior Alert

Mål: Höja kompetensen kring blåsdysfunktion samt att samtliga patienter på Slomarps ska ha en uppdaterad riskbedömning och handlingsplan samt vara registrerade i Senior Alert.

Identifiering:

Nedan diagram visar på utförda och registrerade riskbedömningar utifrån parametrarna; 1. Riskbedömning trycksår; 2. Riskbedömning malnutrition; 3. Riskbedömning fall; 4. Riskbedömning munhälsa samt 5. Blåsdysfunktion. Nedanstående statistik är utifrån permanenta platser samt korttidsplatser.

Alla patienter på Slomarps riskbedöms vid inflyttning (inom 14 dagar) och handlingsplaner tas fram. Riskbedömningar och handlingsplaner uppdateras vid behov eller var 6:e månad, efter varje ny riskbedömning följs denna upp efter 3 månader



Analys:

Arbetet med Senior Alert är väl implementerat i verksamheten. Teamet runt varje patient arbetar proaktivt med förebyggande insatser för att motverka trycksår, malnutrition, fall, ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion.

Åtgärder:

Arbetet med Senior Alert är inplanerat i årshjulet och riskbedömningar och handlingsplaner uppdateras var 6:e månad samt oftare vid behov. Vid nyupprättad riskbedömning samt handlingsplan följs denna upp inom 3 månader. Verksamheten har under 2024 arbetat med riskbedömningar och handlingsplaner kring blåsdysfunktion och även där når upptill 100%. Målet för 2025 är att bibehålla 100%.

Uppföljning:

På månatliga kvalitetsmöten har arbetet med Senior Alert belysts och statistik har delgivits medlemmarna i forumet. Patienter med stora risker har även diskuterats i teamet för att se om ytterligare insatser och åtgärder kan vidtas för att minimera risker för patienten. Verksamhetschef följer arbetet kontinuerligt och får statistik och information kring arbetet med Senior Alert löpande samt på kvalitetsmötet.

Palliativa registret

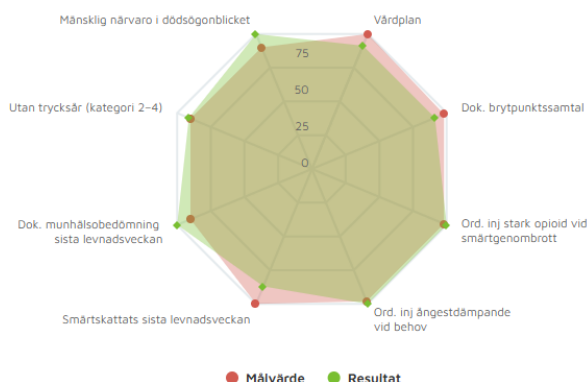
Mål: Förbättra resultatet i palliativa registret gällande smärtskattning och trycksår.

Identifiering:

Nedan visas värden i relation till Socialstyrelsens målvärden för följande parametrar i palliativa registret.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	91,3
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	87,0
Dok. munhålsbedömning sista levnadsvecka	90,0	100,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	91,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Analys:

Jämförelsevis med året 2023 så har vi förbättrat vårt resultat vad beträffar smärtskattning sista levnadsvecka samt dokumenterad munhålsbedömning. Samtidigt som vi minskat något vad beträffar dokumenterade brytpunktssamtal och vårdplan. Minskningen beror på att PAL (Patientansvarig läkare) var ledig under del av sommaren. Under 2023 hade Slomarp 6 stycken fall av trycksår, 2024 var denna siffra 2 stycken, vilket innebär att vi haft en minskning 66,67%. Vi har under 2024 arbetat aktivt med att förebygga uppkomst av trycksår genom att all personal genomgått utbildning i basal omvårdnad och trycksår. Generellt har verksamheten en god följsamhet gällande palliativa registret och registreringar görs alltid och arbetssättet är väl implementerat i verksamheten. Antalet väntade avlidna i verksamheten 2024 var 23 stycken.

Åtgärder:

För att säkerställa att vi når upp till Socialstyrelsens målvärden så ansvarar HSL-ansvarig sjuksköterska att påminna sina kollegor om brytpunktssamtal och vårdplan samt om vikten av att alla parametrar tas på patienten och att de registreras i Palliativa registret. Även att ha en dialog med PAL för att säkerställa fortsatt följsamhet i brytpunktssamtal och dokumenterad vårdplan.

Uppföljning:

För att kunna följa följsamheten på inrapportering i palliativa registret så tas detta upp kontinuerligt på kvalitetsmöten månadsvis samt genom avstämning med PAL vid veckovisa ronder.

BPSD

Mål: Alla patienter med en demensdiagnos på Slomarp ska vara BPSD- skattade, uppdaterad riskbedömning och handlingsplan ska finnas.

Identifiering:

Under 2023 var stort fokus på att säkerställa implementering och arbeta med kompetenshöjande insatser gällande BPSD. Målet för 2024 var att följa upp och utvärdera arbetet samt att se till att de skattningar,

handlingsplaner och åtgärder har haft effekt. Målet för 2024 var även att alla patienter med en demensdiagnos skulle BPSD-skattas och registreras.

Analys:

Resultatet har delvis uppnått målet (92,5%) Enstaka patienter har ej haft uppföljning varav en avdelning haft några fler. Ytterligare BPSD administratörer har under 2024 utbildats vilket har resulterat i flera ambassadörer finns, som driver och håller ihop BPSD-arbetet på avdelningarna.

Uppföljning:

Månatlig uppföljning på ledningsmöte för att säkerställa att målet nås.

Åtgärder	Ansvarig	Uppföljningsmetod	Datum för uppföljning
Erbjuda handledning på avdelningarna där det finns patienter med mer omfattande BPSD-problematik.	VC	APT	Löpande
Belysa och arbeta med BPSD på APT, få tid för att diskutera patienter med mer omfattande BPSD-problematik.	VC	APT	Löpande
Planera in i årshjul vilka skattningar som ska uppdateras vilken månad, alt. oftare vid behov	SSK/avd. ansvariga/kontaktperson	Ledningsmöte	Löpande
Utsedda BPSD-ombud deltar på nätverksträffar och ansvarar för att sedan förmedla information och kunskap vidare till sina kollegor.	Utsedda BPSD-ombud	APT	Löpande

SveDem:

I SveDem registreras personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. De följs sedan årligen, vilket över tid ger stor kunskap om diagnos, behandling samt om vård och omsorg. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är att skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. Verksamheten gör uppföljningar varje år i september. Arbetsterapeuten inhämtar då relevant information från övriga professioner om läkemedel, diagnos, ADL-förmåga, levnadsberättelse och anhörigstöd. Arbetsterapeut sammanställer informationen och registrerar sedan in denna i SveDem. Endast patienter med demensdiagnos och som har en permanent plats på Slomarp registreras. Under 2024 var bedömning och registrering gjord för alla aktuella patienter på Slomarp.

Trycksår:

Mål: Vårt mål är att inga patienter på Slomarps ska ha trycksår

Identifiering:

Under 2023 förekom en del trycksår hos våra patienter. Relaterat till detta har vi under 2024 genomfört utbildning för all omvårdnadspersonal med fokus på basal omvårdnad och trycksår. Vi har även under året, i syfte att ytterligare förebygga risk för uppkomst av trycksår, bytt ut samtliga madrasser hos våra patienter. De nya madrasserna är av typen Optimal 5 Zon från Care of Sweden. Dessa madrasser består av två skumlager; en basmadrass och en kubsuren bäddmadrass vilket skapar en god tryckfördelning.

Analys: Under 2024 har 2 fall av trycksår uppkommit på Slomarp vilket innebär att vi inte uppnått målet. Vi har genomfört utbildning för all omvårdnadspersonal och detta har resulterat i en minskning gentemot 2023 (6 trycksår). Målet för 2025 är fortsatt att inga trycksår ska förekomma.

Uppföljning: Följs regelbundet på kvalitetsmöten samt på APT och ledningsmöten.

Granskningar & kvalitetsfrågor

Mål. Godkänt resultat på Attendos internrevision

Identifiering:

Slomarp genomgick internrevision 2023 med godkänt resultat. Verksamheten har under 2024 genomgått HSL-granskning med resultat 100%. Baserat på detta bedömdes inte verksamheten vara i behov av internrevision under 2024.

Analys:

Under året 2024 har vi följt årshjulet för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Detta har resulterat i att vi har haft bra kontroll på verksamheten. Tack vare våra månatliga kvalitetsmöten, teamträffar samt veckovisa ledningsgruppsmöten har vi kunnat följa upp, hantera och vidta åtgärder kring uppkomna situationer och avvikelser. Även statistik har redovisats för att säkerställa att inrapportering av de nationella kvalitetsregistren efterföljs.

Åtgärder:

Vi har under året säkerställt och utvecklat det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelshantering. Vi har arbetat aktivt med att alla aktuella professioner deltar i avvikelshanteringens delar och har i och med detta tagit fram flera åtgärder i syfte att minska antalet förekomna avvikelser.

Åtgärder	Ansvarig	Uppföljningsmetod	Datum för uppföljning
Säkerställt avvikelshantering. Alla i teamet deltar i analys och framtagande av åtgärder.	VC/BVC/SSK/FT/AT	Kvalitetsmöte	Löpande

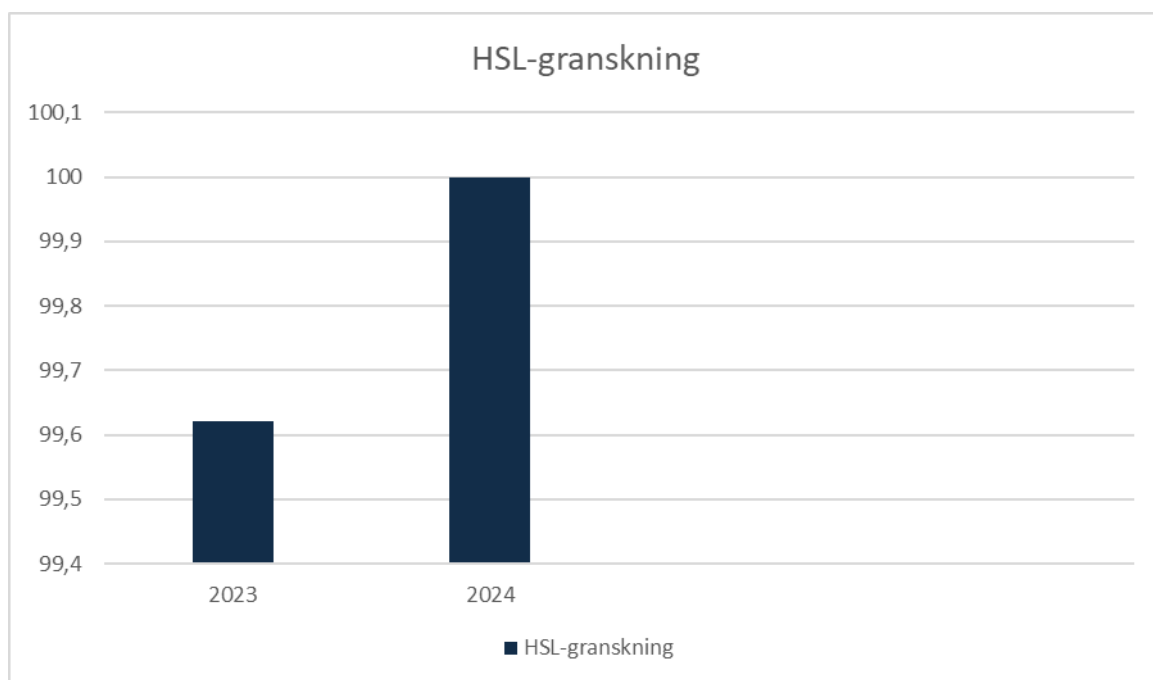
Uppföljning:

Protokoll från kvalitetsmöten finns att tillgå för personalen samt att frågor och avvikelser belyses på arbetsplatsträffar för att få en förståelse och ett lärande kring avvikelser och dess uppkomst.

Mål: Godkänt resultat vid HSL-granskning.

Identifiering:

En gång per år genomför Attendos kvalitetsutvecklare/MAS en HSL-granskning där rutiner, journaler, kontroll av medicintekniska produkter, hygienkontroll etc. granskas och bedöms. I journal granskas bland annat kontaktuppgifter, riskbedömningar, vitala parametrar, hälsoplaner, aktuella varningar, riskanalyser samt skyddsåtgärder. Vid granskningen 2024 erhöll Attendo Slomarp 100% (godkänt 90%)



Analys:

HSL-personalen på Slomarp har en god följsamhet gällande inrapportering och dokumentation i dokumentationssystemet. De har en god struktur och arbetsmiljö som främjar att tid finns för dokumentation och ett strukturerat arbetssätt där HSL-sjuksköterska, i samverkan med VC, har ett övergripande ansvar för att bibehålla följsamheten i HSL-arbetet.

Apoteksgranskning

Identifiering:

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen på Attendo Slomarp i Mjölby kommun bygger på Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:37.

Granskningen som utförs av en farmakikonsult från Apoteket är ett led i verksamhetens egen kontinuerliga kvalitetssäkrings- och utvecklingsarbete för att kunna säkerställa alla delar i läkemedelshanteringskedjan.

Kvalitetsgranskningen genomfördes som ett samtal där läkemedelshantering, rutiner, ansvarsfördelning,

spårbarhet och patientsäkerhet tillsammans med ansvarig sjuksköterska diskuterades. Utöver det genomfördes en genomgång av läkemedel i generella förrådet och patientbundna läkemedel i läkemedelsskåp.

Samt kontroll av ordinationshandlingar, läkemedelslistor, signeringslistor och förvaring.

Analys:

Det finns ett genuint intresse hos våra sjuksköterskor på Slomarps att driva ett välfungerat patientsäkerhetsarbete. Följsamheten av årshjulet kring patientsäkerhetsarbetet är god.

Granskarens bedömning var: *”Läkemedelshanteringen fungerar bra. Det finns ett stort engagemang i läkemedelsrelaterade frågor hos personalen. Fortsätt med den engagemanget.”*

Åtgärd:

De förbättringsförslag som identifierades finns upptagna i åtgärdsplanen nedan. Enheten utser ansvarig och sätter tidplan. Åtgärdsplanen hanteras i verksamhetens fortsatta kvalitetssäkringsarbete.

Förbättringsförslag avseende	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Kommentar/status
Lokala rutiner/instruktioner för läkemedelshantering	Säkerställ att all personal tar del av de rutiner inom läkemedelshanteringen som de berörs av. Använd tex en tagit-del-av-lista där personalen verifierar med signum att de läst rutinen.	SSK/VC	Hösten 2024	Diskussion APT. Bedöms i samråd med VC ej aktuellt. Rutiner tas upp fortlopande på APT enligt schema och behov.
Läkemedelslista	Säkerställ att ordinationerna på läkemedelslistorna är fullständiga. Påtala för läkare när så inte är fallet. Vanliga uppgifter som kan saknas är: indikation, tidpunkt för administrering, <u>maxdos</u> för vid behovsordinationer. HSLF-FS 2017:37, 6 kap, 10 §	SSK	Omgående	Synpunkten har framförts till PAL.
Läkemedelslista	Säkerställ att delegerad personal alltid kontrollerar mot läkemedelslista innan administrering eller överlämnande av läkemedel. HSLF-FS 2017:37, 8 kap, 10 §	SSK	Omgående	Jobbas regelbundet redan med detta, sitter påminnelse innanför läkemedelsskåp, är med på delegeringsprov. Fortsätter påtala detta löpande.
Delegering av läkemedelshantering	Ta fram rutiner för hur uppföljning av delegering ska gå till. Viktigt att det görs en strukturerad uppföljning och att uppföljningen dokumenteras. Rekommenderar att gå bredvid när personalen administrerar läkemedel. HSLF-FS 2017:37, 9 kap	SSK	Omgående	Rutin finns redan (Delegering av <u>omv</u> -personal). Upplevs fungera väl.
Hållbarhet/användningstid	Skriv alltid brytningsdatum på läkemedel som får förkortad hållbarhet vid öppnande, tex flytande, salva, kräm, gel. HSLF-FS 2017:37, 12 kap, 1 §	SSK	Omgående	Jobbas fortlopande med detta och har gjort senaste åren. Upplevs dock ha blivit bättre. Finns också med i delegeringsprov
Hållbarhet/användningstid	Ha som rutin att alltid märka upp insulinpenna med datum när denna tas ut ur kylskåpet. Hållbarheten förkortas i rumstemperatur. Den som administrerar insulin ska kunna förvissa sig om att insulinet är ok att använda. HSLF-FS 2017:37, 12 kap, 1 §	SSK	Omgående	Se ovan + tejp ska alltid finnas i läk-skåp med insulin så datum kan skrivas på denna och klistras på pennan.

Uppföljning:

Uppföljning har gjorts löpande på ledningsgruppsmöten samt kvalitetsmöten, även säkerställt vidtagna åtgärder på Arbetsplatsträffar med HSL-personal. Samtliga åtgärder är vidtagna.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för patientsäkerheten till verksamhetschef. Enligt patientsäkerhetslagen är var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera varje förekommande fall av händelse. Verksamhetschefen är skyldig att hantera händelser och rapportera vidare till regionchef och kvalitetsutvecklare samt till beställare/ MAS.



När medarbetaren upptäcker en allvarlig händelse ska denne ta kontakt med verksamhetschef omedelbart. På kvällar och helger finns alltid en jourhavande chef i beredskap i tjänst. En avvikelse ska direkt skrivas i Life Care samt dokumenteras i journal. Verksamhetschef informerar regionchef samt kvalitetsutvecklare och rapporterar händelsen i kvalitetssystemet. Verksamhetschefen i samråd med MAS, regionchef samt kvalitetsutvecklaren (KvU) beslutar om utredning för allvarlig händelse. MAS ansvarar för att anmäla till tillsynsmyndigheten IVO. Anteckning ska göras i journalen att anmälan är gjord samt att patient eller närstående underrättats samt att regionchef, kvalitetsutvecklare, informationschef och patient informerats. Utredare utses av Regionchef och utredningen påbörjas skyndsamt och ska alltid dokumenteras.

Syftet är att identifiera de risker och andra faktorer som kan medföra att händelsen fortsätter eller uppstår igen. En förutsättning för detta är att orsakssambanden klarläggs och tydliggörs. En riskbedömning måste därför alltid göras med hänsyn tagen till den aktuella situationen och konsekvenserna för den enskilde personen. De åtgärder som vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande händelser eller risker för vårdskada uppkommer igen ska dokumenteras.

Utredningen ska vara tillräcklig så att den kan avslutas med ett ställningstagande. Utredningen ska alltid genomföras utifrån händelseanalysmetoden. Information och ställningstagande ska sedan återföras till ansvarig verksamhetschef och berörda personer på enheten samt ansvarig nämnd. Kopia på utredning skickas också till regionchef och till kvalitetsavdelningen. Utredningen och ställningstagandet ska alltid granskas av kvalitetsavdelningen och åtgärder och dess effekt ska delges och godkännas av regionchef. Återkoppling ges till personalgruppen, patient, närstående, beställare och ev. även tillsynsmyndighet.

Om det inträffade inneburit risk för patient att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ska denne underrättas om att anmälan gjorts till IVO. Är patienten av någon anledning oförmögen att ta emot eller förstå informationen ska närstående informeras. Den anmälningsskyldige är ansvarig för att informera patienten eller närstående om beslut i ärendet, såvida detta inte bedöms som olämpligt. Viktigt att tänka på att alla medarbetare alltid har informationsskyldighet och ska därmed alltid rapportera till närmaste chef. Verksamheten arbetar på uppdrag av Mjölby kommun som har MAS-ansvaret. Enligt direktiv från MAS kommuniceras allvarliga händelser till denne genom att uppge avvikelsenummer i rapporteringssystemet Life Care. MAS vid Mjölby kommun initierar efter bedömning av allvarlighetsgrad om händelsen ska utredas enligt Lex Maria och gör en formell begäran om utredning. Verksamheterna tillhandahåller begärda dokument och MAS fattar beslut om ställningstagande av vårdskada/risk för vårdskada samt om den ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2024 har 1 allvarlig händelse utretts enligt Lex Maria. Utredningen ledde till att flera åtgärder genomfördes i form av säkerställande av rutin för HSL-dokumentation, säkerställande av checklista för överrapportering mellan SSK och omvårdnadspersonal, handledning för omvårdnadspersonal kring vitala parametrar samt dokumentationsutbildning för jour-verksamhet.

Hälso-och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal har tagit del av utredningens analys och bedömning av händelsen genom kvalitetsmöten och APT i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet

Tillförlitliga och säkra system och processer

Våra arbetsprocesser är uppbyggda i ett lokalt kvalitetsledningssystem med tillhörande processkartor och rutiner. Verksamheten använder standardiserade bedömningsinstrument för kartläggning av risker såsom Senior Alert och BPSD.



Under året har följande identifierade områden legat i fokus; basal omvårdnad, trycksår samt avvikelshantering.

Under 2024 har all personal som arbetar med, eller kommit i kontakt med patienter, genomfört vårdhygiens webbutbildning. Alla medarbetare gör den webbaserade utbildningen 1gång/år. Utöver denna utbildning har Attendo ett eget utbildningsprogram där medarbetarna genomför en intern utbildning inom (BHK) basala hygien- och klädrutiner.

Läkemedelsgenomgång, där PAL och PAS deltar, sker minst 1 gång/år eller oftare vid behov.

Varje år kontrolleras och kalibreras samtliga medicintekniska produkter i syfte att säkerställa patientsäkerheten.

Säker vård här och nu

Verksamheten har under året samverkat internt inom organisationen med andra verksamheter och med uppdragsgivande kommun för att tillförsäkra och ha beredskap för eventuella brister på produkter, material samt bemanning. Både organisationen och uppdragsgivande kommun har utarbetat rutiner och prioriteringsordning för beredskap vid brist.



Organisationen har avtal med bemanningsföretag samt förmedlingsföretag för att säkerställa kompetens i verksamheterna vid oförutsedda händelser. Inhyrd eller förmedlad personal får adekvat introduktion och stöd av organisationen för att klara sitt uppdrag. Förmedlingsföretag samt bemanningsföretag innebär att de har arbetstagare att hyra ut till verksamheter som har behov av personal.

Samverkan har varit en central del under året, där ständiga interaktioner mellan olika människor i organisationer och teknik skett. Detta för att följa den ständiga utvecklingen och behoven på ett tryggt och säkert sätt. Också för att möta eventuella störningar i närtid och på ett säkert sätt göra förändringar för att trygga patientsäkerheten. Region, kommun och utförare har på ett övergripande sätt samverkat i att hitta nya lösningar för att tillgodose vårdbehov på ett patientsäkert sätt.

Riskhantering

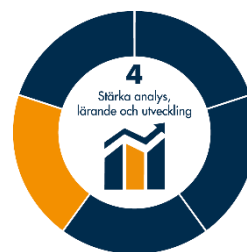
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Identifiering av risker sker systematiskt i det dagliga arbetet av alla yrkeskategorier. Riskanalyser sker i omvårdnadsteamet på både individ- och organisationsnivå. Vid förändringar av system eller organisation görs riskanalyser som identifierar faktorer som äventyrar patientsäkerheten. Kvalitetsgruppen identifierar och analyserar risker i samband med sitt arbete. Ett kontinuerligt förbättringsarbete genomförs för att avvikelser inte ska upprepa sig. Under året har riskanalyser och handlingsplaner upprättats på patientnivå, organisatorisk nivå samt i arbetsmomentet kring patient, bland annat har riskanalyser gjorts gällande: värmebölja, implementering av nytt schema, bemanning vid sommarsemester, vinterkräksjuka, risk för smittspridning vid gemensamt firande av högtider samt övergång till egen jourverksamhet, Mobila teamet.

I verksamheten görs löpande riskanalyser på patientnivå för till exempel fall, risk för undernäring, trycksår och inkontinens.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Verksamheten arbetar med följande system och arbetssätt för att följa upp och utvärdera kvalitetsarbetet;

- Egenkontroll
- Internrevision
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser
- Kvalitetsmöten
- Externa uppföljningar som exempelvis avtalsuppföljningar, inspektioner av myndigheter
- Brukar- och närståendeundersökning
- Boråd

Genom dessa systematiska uppföljningar utvärderas verksamhetens statistik, processer och kvalitetsmål/patientsäkerhet. Årliga uppföljningar leder till jämförelser av mätbara parametrar såsom händelser, Lex Maria, dokumentation och vårdprevention för att mäta effekter av åtgärder för ökad patientsäkerhet. Under 2024 har verksamheten utifrån återkoppling vid avtalsuppföljningar utsett en sjuksköterska som är riktad mot dagverksamheten.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Mål: Säkerställa avvikelshanteringen i Life Care som implementerades i verksamheten 2023. Alla parter ska vara inblandade i analys och åtgärder.

Mål: Minska läkemedelsavvikelser med 10%

Alla medarbetare är ansvariga för att rapportera avvikelser/händelser i verksamheten. Den som upptäcker händelsen skriver en händelserapport i Life Care. Detta gäller oavsett om medarbetaren varit involverad eller inte.

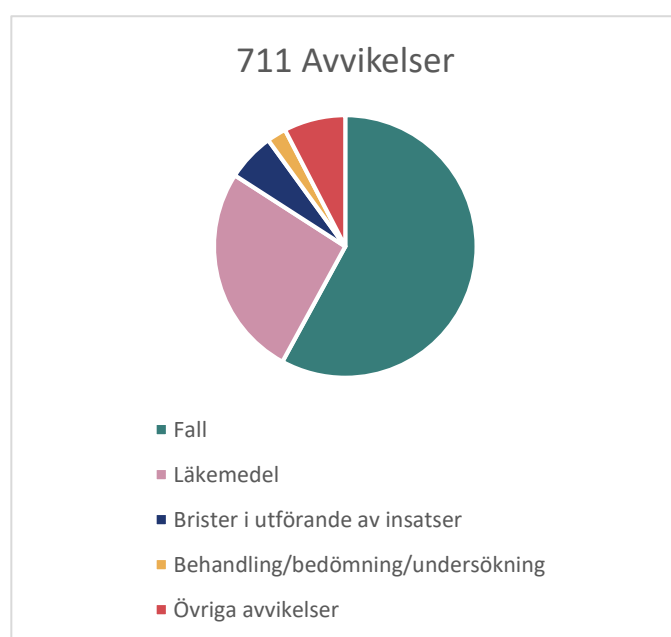
Verksamhetschef är ansvarig för att säkerställa, utreda och åtgärda samtliga avvikelser i verksamheten. Sjuksköterska är ansvarig för att tillsammans med verksamhetschef hantera händelser kopplade till HSL. Den som upptäcker händelsen dokumenterar händelsen i patientens journal. Samtliga händelser läggs in i Life Care. Verksamhetschef och kvalitetssamordnare får då ett mail om att en händelse har inträffat i verksamheten. VC tar dagligen (måndag till fredag) emot avvikelser och inleder utredning i samverkan med teamet. BVC/kvalitetssamordnare bistår aktivt med inhämtning av information av vikt. BVC/Kvalitetssamordnare lägger därefter avvikelserna i Attendos kvalitetsledningssystem ADD (från och med februari, tidigare Centuri). Verksamhetschef, kvalitetssamordnare samt HSL- personal analyserar avvikelserna och vidtar då omgående åtgärder såsom samtal med personal, närstående, sjuksköterska beroende på händelsens karaktär och innehåll. Vid allvarliga händelser skall medarbetarna också lämna muntliga samt skriftliga rapporter till verksamhetschef omgående. Allvarliga händelser samt risk för allvarliga händelser rapporteras till MAS/MAR i Mjölby Kommun.

I verksamheten finns en kvalitetsgrupp som arbetar med händelserna/avvikelserna. I den gruppen ingår: verksamhetschef, biträdande verksamhetschef/kvalitetssamordnare, avdelningsansvarig från varje avdelning, sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Vid behov kan även aktivitetsansvariga samt skyddsombud delta. På kvalitetsmöte, som sker 1 gång/månad, diskuteras avvikelser som inkommit, och vilka åtgärder som behöver göras, samt vem som ansvarar, förankrar och utför åtgärderna. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att uppföljning sker vid nästa möte.

Kvalitetssamordnaren sammanställer enhetens avvikelser och skapar ett kvalitetsmötesprotokoll månadsvis i ADD (från februari, tidigare Stratsys). Där framgår antal avvikelser och vilka aktuella åtgärder som vidtagits, och som planeras för att minimera risken för att händelsen inträffar igen. Kvalitet är en stående punkt på arbetsplatsträffarna då övriga medarbetare får muntlig information angående inträffade händelser och vidtagna åtgärder. Det ges också utrymme till att inhämta ytterligare förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken för att händelserna ska upprepas. Det är alltid verksamhetschef som har det yttersta ansvaret för att åtgärda och utreda händelsen och det är alltid verksamhetschef som avslutar avvikelserna i systemet när åtgärder är vidtagna.

Under året har 711 stycken avvikelser registrerats, vilket är en minskning av antalet rapporterade avvikelser från föregående år (827 stycken). I diagrammet framgår de 4 största områdena inom avvikelserapporteringen. Av de 711 avvikelserna som är rapporterade är 60 stycken SoL-avvikelser och 651 stycken HSL-avvikelser.

Fall	412
Läkemedel	186
Medicinteknisk produkt	9
Vårdkedjebrist	9
Brister i dokumentation/överskrifter	6
Brister i utförande av insatser	42
Brister i fysisk miljö/utrustning	9
Fysiska övergrepp (rapporterad med fel avvikelsestyp)	1
Informationsöverföring och dokumentation internt	10
Behandling/bedömning/undersökning	17
Organisation och planering	2
Rutiner	8



Analys & Åtgärder:

Under året 2024 har 116 stycken färre avvikelser rapporterats jämförelsevis med föregående år. Detta är ett resultat av att vi arbetat mycket aktivt med preventiva åtgärder. Åtgärder har tagits fram på kvalitetsmöten och ledningsgruppsmöten och har implementerats via APT (arbetsplatsträff), dagliga avstämningar, information på intranätet och genom förtydligande av insatsbeskrivningar i planeringsverktyget.

Vi har ett fortsatt kontinuerligt arbete med Senior Alert vilket medför att vi har ett kompetent team runt varje patient och att vi arbetar med fallprevention på ett bra sätt. Fallavvikelserna är i de flesta fall kopplade till förändrat/försämrat hälsotillstånd.

Ett av målen 2024 var att vi skulle minska läkemedelsavvikelserna med 10%, vilket vi lyckas med. Totalt rapporterades 186 läkemedelsavvikelser in under 2024. Av dessa var 66 stycken missad signering, 68 stycken missat att ge läkemedel och 52 stycken övriga så som exempelvis tabletter som tappats på golv, avvikelser kopplade till hantering/avräkning av narkotikaplåster, missad dosettindelning och läkemedel som givits dubbelt.

Vid analys av läkemedelsavvikelser har vi kunnat identifiera bakomliggande orsaker främst i form av ansträngd bemanning vid sjukdom och otillfredsställande kommunikation. Aktivt arbete har förts löpande under året med mål att ytterligare minska avvikelser gällande läkemedel.

- En del i detta är att vi lagt stort fokus på att rekrytera nya medarbetare, för att säkerställa en god bemanning även vid hög sjukfrånvaro. I samband med introduktion har nya medarbetare fått en utsedd handledare/mentor för att säkerställa att rätt kompetens och kunskap hos alla medarbetare.

- VC/BVC/SSK har under året arbetat med enskilda samtal och uppföljning av berörda medarbetare. Vid vissa fall av upprepade avvikelser som rör läkemedel har delegering återkallats. Sjuksköterskorna är varje dag ute på avdelningarna och vid behov handleder de medarbetare som har behov av stöd kring läkemedelshanteringen.
- Avstämningsmöten har planerats in flera gånger dagligen på varje avdelning där genomgång sker för att säkerställa att alla läkemedel är givna och signerade.
- Avvikelser gällande hantering av narkotikaplåster har utretts och flertalet åtgärder har satts in, bland annat i form av dubbelsignering vid all narkotikahandtering. SSK har vid behov haft dagliga uppföljningar av narkotikaplåster.

Kvalitetssamordnare och verksamhetschef har uppmärksammat att ett fåtal avvikelser har rapporterats in i fel lagrum, till exempel fysiska övergrepp. Då har avvikelsen tagits bort och så har samtal förts med medarbetaren så denne har fått lägga in avvikelsen på nytt under rätt lagrum. Samtal kring avvikelshantering har löpande förts på APT.

Under året har följande 5 allvarliga händelser rapporterats, varav 1 är ett allvarligt klagomål och fördjupade utredningar med händelseanalys har utretts av utredare från Attendo. Samtliga har kommunicerats och delgivits kommunens MAS. Ingen har skickats vidare till IVO.

1. Stroke, Fördröjd vård

Patient med nedsatt allmäntillstånd där omvårdnadspersonal under dagen varit i kontaktat jourhavande sjuksköterskor som ber omvårdnadspersonalen att ta vitala parametrar och återkomma vid behov. När personal kontaktar sjuksköterska igen gör hen hembesök för bedömning. I sammanband med detta uppvisar patienten symtom på stroke relaterat till neurologiska bortfall och sjuksköterska väljer att tillkalla ambulans. Vid granskning framkommer att det skett avvikelser kring rapportering och dokumentation av patientens hälsotillstånd under aktuellt händelsedatum. Vidare ses att kommunikationen inte varit tydlig mellan sjuksköterskorna detta datum. Omedelbar åtgärd som mobila teamet har vidtagit är att säkerställa så att en och samma sjuksköterska, som ansvarar för vårdboendet under aktuellt arbetspass, ansvarar för samtal och rapportering för att underlätta kommunikationen. Utifrån insamlat material framkommer att väl på plats hanterade sjuksköterska patientens akuta tillstånd skyndsamt och korrekt. Utredningen med händelseanalys visar på avvikelser i överrapportering mellan vårdpersonal samt avvikelser avseende kommunikation och dokumentation. I samband med hembesök har jourhavande sjuksköterska hanterat patientens behov av akutvård korrekt och skyndsamt efter kontakt med läkare. Vidtagna och föreslagna åtgärder i utredningen bedöms vara tillräckliga för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

2. Extern kommunikation

Patient som skickats in till sjukhus då hen efter fall ådragit sig en sårskada som behövt tas om hand. Sjukhuset har försökt nå boendet men ej haft rätt kontaktuppgifter. Det finns inte i någon journal antecknat att sjuksköterska eller omvårdnadspersonal har fyllt i ambulansblankett, satt på patient ID-band ej heller dokumentation om att sjuksköterska har skrivit i Cosmic Link vilket utredare säkerställde med ansvarig sjuksköterska. I avvikelsen skriver avvikelssamordnaren på regionen att de har försökt hitta

kontaktuppgifter till boendet på internet samt att de har ringt numret till sjuksköterskan som stod på blankett överrapportering till ambulans men ej kommit fram till någon. De har även ringt hemsjukvården SSK nattjour men då fått svar att de ej längre är ansvariga för jourverksamheten på Attendo Slomarp. Verksamheten uppdaterade kontaktuppgifter på hemsidan med telefonnummer till alla avdelningar. Samma dag som verksamhetschef mottog avvikelser i Life Care kontrollerar verksamhetschef återigen hemsidan att kontaktuppgifter stämde vilket de gjorde. Verksamhetschef har kontaktat akuten på LIM, lasarettet i Motala och pratat med ledningssjuksköterska för att kontrollera vilka kontaktuppgifter de har. Ledningssjuksköterskan uppgav telefonnummer till vård till vårdtelefon Slomarp dagtid och telefonnummer till hemsjukvården i Mjölby. Således var det ej fullständigt korrekta kontaktuppgifter för jourtid, vilket då omgående korrigerades av ledningssjuksköterska.

3. Externt klagomål med fokus på om vi har orsakat patient lidande

I samband med omvårdnad på morgonen noterar vårdpersonal att patienten dragit sin sond. SSK kontaktas som i sin tur rådgör med PAL som bedömer att patienten ska skickas till sjukhus för ny sondsättning i enlighet med aktuell vårdplan. Patienten transporteras till sjukhus för sondsättning. Kommer åter till boendet under dagen. Patienten har under sjukhusvistelsen dragit sin sond vid flera tillfällen. Om sonden åter dras ska omvårdnadspersonal kontakta Attendo sjuksköterska, vårdplan finns gällande hur ny sond ska sättas. Enligt denna ska patienten inte skickas i väg nattetid eller sen kväll utan då får ny sondsättning vänta till nästkommande dag. På kvällen upptäcker Sjuksköterska på Attendos Mobila Team att det är stopp i sonden. Trots upprepade försök lyckas hen inte åtgärda problemet. SSK tar kontakt med läkarjour som bedömer att patienten åter ska skickas till LiM för sondsättning. I händelseanalysen framkommer att meningsskiljaktigheter har uppstått mellan personal på AKM i Motala och sjuksköterska på Attendos Mobila Team kring vad som är bäst för den aktuella patienten i den uppkomna situationen. Enligt sjuksköterska på Attendos Mobila Team har man följt anvisningarna i patientens vårdplan och man har inte bedömt att det rört sig om sen kväll/natt. SSK har även bedömt att patienten är i stort behov av näring och vätska då denne varit utan i nästan ett helt dygn. I samråd med läkarjour bedöms att patienten behöver komma till sjukhus omgående för att sätta ny sond. I denna vårdplan identifierades information att patient skulle skickas in till Medicinkliniken Motala lasarett under kontorstid och därutöver till akuten, men att man skulle undvika onödig sjukhusvistelse nattetid. Åtgärder:

- Förtydligande av vårdplan. Behov av att specificera vilka tider och åtgärder som gäller för hantering av patientens sond.
- Behov av att säkerställa att riskanalys görs för eventuellt vak om liknande situation skulle uppstå igen, detta i samråd med PAL.

Utredarens bedömning är utifrån insamlat faktaunderlag att avvikelserna inte är en risk för vårdskada. Ställningstagandet utifrån ovanstående är att det inträffade inte har medfört konsekvenser för patientens hälsa och upplevelse av säker vård. Vidtagna och föreslagna åtgärder bedöms vara tillräckliga för att säkerställa att liknande avvikelser inte inträffar igen.

4. Misstänkt fallskada

Personal uppmärksammar på morgonen att patienten har blåmärken och mindre sårskada på vänster kroppshalva. Inget avvikande i rapport från natten. Senare under dagen har patienten smärta i revben. När PAL nästkommande vardag gör hembesök bedöms att patienten behöver komma till sjukhus för röntgen. Patienten skickas in och röntgen påvisar multipla revbensfrakturer. Utredningen med händelseanalys visar att patienten kan ha fallit ur sängen på natten, dock har det förekommit svårigheter med att reda ut hur

patienten tagit sig upp till sängen efter fall då personal och patient inte kan redogöra för detta. Patienten är sedan tidigare känd för fall. Det förekommer svårigheter med att förebygga fall hos patienten då patienten är mycket rörlig och har ibland svårt att komma ihåg att larma samt förstå sin begränsade rörelseförmåga. Sänggrind ska undvikas då bedömning är att patienten istället kan klättra över dessa och ådra sig större skada. När personalen i verksamheten uppmärksammade skadan så kontaktades sjuksköterska som i sin tur tog kontakt med läkare för bedömning. Verksamheten har insatta åtgärder sedan tidigare med golvlarm, fallskyddsmatta samt tillsyner nattetid.

Åtgärder:

- De omedelbara åtgärderna som genomförts är att omvårdnadspersonal kontaktat sjuksköterska för rådgivning när de uppmärksammat skadan. Sjuksköterska har i sin tur genomfört hembesök samt följt läkarens instruktioner.
- Utöver de omedelbara åtgärderna som vidtagits samt de rutiner och tidigare insatta åtgärder, såsom golvlarm, fallskyddsmatta, tillsyner samt kontinuerliga riskbedömningar föreslås fortsatt följsamhet till dessa.

Utredarens bedömning är utifrån insamlat faktaunderlag att avvikelserna inte är en vårdskada.

5. Allvarligt klagomål från närstående till patient

Klagomål inkommer via närstående till boende via verksamhetsutvecklare i Mjölby Kommun. Ärendet skickas till VC på Slomarp 2024-11-08. I klagomålet framkommer att närstående inte känner sig hörd i sin oro samt hen upplever att den boende delvis fått felaktig vård och omsorg. Den närstående har framfört följande önskemål:

- Läkarkontakt
- Dietistkontakt
- Bedömning av arbetsterapeut
- Återkoppling av tidigare utredning
- Att som närstående bli lyssnad på.

Verksamheten har vidtagit åtgärder utifrån klagomål/önskemål från närstående och VC har regelbunden uppföljning med den närstående.

Handlingsplan

Åtgärder	Ansvarig	Uppföljningsmetod	Datum för uppföljning
Säkerställ bemanning vid sjukfrånvaro genom rekrytering av nya medarbetare. Nya medarbetare får en utsedd handledare som ansvarar för korrekt introduktion. Uppföljning av introduktion för att säkerställa att rätt kompetens och kunskap finns.	VC/BVC/handledare	Checklista samt samtal	Löpande
Uppföljning av delegerad personal. Samtal med berörd personal vid läkemedelsavvikelser.	VC/BVC/SSK	Utredning i avvikelssystemet	Löpande

Avstämning kring läkemedel 3 gånger dagligen	Avd. ansvariga/ omvårdnadspersonal	Avstämningsmöten samt kvalitetsmöte	Löpande
Säkerställt att all omvårdnadspersonal vet var rutiner finns, samt genomgång av rutin när SSK ska kontaktas. Rutiner finns både i pärm på avdelningen samt digitalt. Detta genomförs på APT	VC	APT	Löpande
Säkerställt att all omvårdnadspersonal vet var rutiner finns, samt genomgång av rörelselarm (skydd & begränsningsåtgärder) Rutiner finns både i pärm på avdelningen samt digitalt. Skydd- och begränsningsåtgärder tas upp på APT	VC/AT	APT, utvecklingssamtal	20241220
SSK samt verksamhetschef ska följa årshjulet för kvalitet, arbetsmiljö samt årshjulet för SSK. Systematiskt arbete med årshjulet och att det efter följs och kontrolleras i ledningsgruppen samt på kvalitetsmöte.	VC/SSK	Avstämningar 1 gr/månad, kvalitetsmöte, ledningsmöte	Månatligen
Kvalitetsmöte samt avdelningsansvarig ska hållas kontinuerligt. Kvalitetsmöte 1gr/månad, avdelningsansvarigmöte 1gr/vecka	VC	Protokoll	Månatligen
Genomgång av Lex Sarah & Lex Maria planeras in av verksamhetschef för att medarbetarna ska kunna skilja på dessa och ge exempel på missförhållande och vårdskada. Genomförs på APT och är inplanerat i Årshjulet.	VC	Protokoll, medarbetarefrågor, utvecklingssamtal	20250228
Utbildning för all omvårdnadspersonal i trycksår och basal omvårdnad.	SSK/AT	Kvalitetsmöte samt APT	20241201

Klagomål och synpunkter

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

Alla inkomna klagomål och synpunkter registreras i Attendos eget kvalitetssystem ADD (tidigare Centuri) Kvalitetssystemet möjliggör att se statistik över inträffade händelser och eventuella synpunkter och klagomål. Detta underlag används i kvalitetsutvecklingsarbetet i verksamheten.

I verksamhetens kvalitetssystem finns statistik för synpunkter och klagomål med analys och handlingsplan samlad i en egenkontroll. Synpunkter och klagomål från patienter och närstående i verksamheten ska betraktas som en förutsättning till förändring och utveckling för verksamheten. För att synpunkter och

klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje medarbetare vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Det är viktigt att alla medarbetare uppträder och uppfattas som professionella. Ansvarig chef ska ge stöd och hjälp i dessa situationer. Det är viktigt att regelbundet informera patienter och närstående om vilka möjligheter som finns för att framföra synpunkter eller klagomål. Vi informerar kring detta i veckobrev samt på närståendeträffar samt även under välkomstsamtalen.

Om medarbetarna inte kan svara på synpunkten så hänvisar dem till verksamhetschef. Verksamhetschefen lägger in synpunkten/klagomålet i kvalitetsledningssystemet ADD samt utreder och hanterar klagomålen och informerar regionchef, kvalitetsutvecklare samt berörda i Mjölby kommun. Alla inkomna klagomål hanteras enligt avtal och skickas in via funktionsbrevlådan i Mjölby Kommun. Vid samtliga förbättringsområden ska åtgärdsplan upprättas och aktuella åtgärder ska vidtas utifrån synpunkterna/klagomålen innehåll och dignitet. Verksamhetschef återkopplar alltid till den som lämnat synpunkten/klagomålet skyndsamt, gärna samma dag dock senast inom 48 timmar. Verksamhetschef ansvarar även för att åtgärderna följs upp.

Verksamheten har arbetat effektivt med att regelbundet informera patienter och närstående om vilka möjligheter som finns att framföra synpunkter eller klagomål, information ges i veckobrev samt anslag i verksamheten samt vid välkomstsamtalen. Verksamheterna använder sig av blanketten ”Vi vill bli bättre” för att fånga upp eventuella synpunkter och klagomål från boende och deras närstående. Boende och närstående tar även kontakt med personal eller verksamhet direkt och informerar om sina synpunkter alternativt på boendes boråd som hålls varje månad.

Under 2024 har 1 klagomål avseende hälso- och sjukvården inkommit och hanterats. Detta har klassats som allvarligt klagomål, se kapitel allvarliga händelser.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

En flexibel verksamhet är A och O för att kunna bedriva ett bra patientsäkerhetsarbete. Vi ställs ständigt inför nya utmaningar, komplicerade patienter och smittor. På Slomarp arbetar vi systematiskt med patientsäkerhetsarbetet, vi har tydliga rutiner och forum för att hantera uppkomna situationer, händelser och avvikelser. Detta säkerställs genom att verksamhetens kontinuitetsplan kontinuerligt uppdateras. Kontinuitetsplanen syftar till att verksamheten kan fortsätta leverera vård och omsorg även om det uppstår störningar eller avbrott. Kontinuitet handlar även om att upprätta en hög kvalitet på omvårdnad och omsorg även under svåra omständigheter. Under året som gått har stort fokus varit på kompetenshöjande arbete kring basal omvårdnad och trycksår samt avvikelshantering.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Våra mål för år 2025 utgår ifrån utmaningarna och resultatet under 2024. Målen för verksamhetsåret 2025 är följande:

1: Godkänd internrevision samt HSL-granskning.

År 2025 är målet att uppnå godkänt resultat vad beträffar internrevision samt HSL-granskning då detta innefattar så många delar av patientsäkerhetsarbetet. Vi kommer under 2025 att lägga extra fokus på att följa upp följsamheten mellan genomförandeplaner och löpande journalanteckningar.

2: Alla patienter med en demensdiagnos på Slomarps ska vara BPSD- skattade, uppdaterad riskbedömning och handlingsplan ska finnas.

Under 2024 var målet att alla patienter skulle ha en aktuell BPSD-skattning med tillhörande handlingsplan. Vi nådde inte målet fullt ut (92,5 % var skattade 241231) Under 2025 kommer BPSD-skattningar vara en stående punkt på ledningsmöten för att säkerställa att alla patienter får en skattning under året. Målet för 2025 är att alla patienter med en demensdiagnos ska BPSD-skattas och registreras. Vi kommer även under år 2025 att arbeta aktivt med att utveckla målen i handlingsplanerna och rikta aktiviteter till symtom. Arbetet kommer följas upp månatligen vid SoL-granskning samt vid veckovisa ledningsmöten.

3: Vårt mål är att minska läkemedelsavvikelserna med 5% under året 2025.

Vårt mål för 2024 var att minska antalet läkemedelsavvikelser med 10 % vilket vi också uppnådde. Under 2025 kommer vi fortsatt att arbeta aktivt med åtgärder för att minska antalet läkemedelsavvikelser och målet är att vi ska uppnå en minskning på ytterligare 5 %.

5: Vårt mål är att inga patienter på Slomarps ska ha trycksår

Under året som gått har vi haft riktade utbildningsinsatser för att minska uppkomsten av trycksår. (Total minskning (67,7%) men vi nådde inte målet som var att ingen av våra patienter skulle ha trycksår. Vi kommer under 2025 att fortsätta arbeta aktivt med att nå målet att ingen patient ska ha trycksår.

6: Förbättra resultatet i palliativa registret gällande munhälsobedömning samt öka antalet skattningar av övriga symtom.

Vi kommer under 2025 att utveckla arbetet med dokumenterade munhälsobedömningar hos palliativa patienter. Vi kommer fortsatt att ha utbildning från Oral Care men även arbeta på APT med hur man ska dokumentera och beskriva munstatus. Vi har under 2024 haft en fin utveckling i smärtskattning hos palliativa patienter och under 2025 kommer vi lägga fokus på att omvårdnadspersonal även i större utsträckning ska skatta andra symtom så som illamående, oro, rosslighet och andnöd. Vi har palliativa ombud som under APT kommer hålla stående utbildningar under året.

7: Minska antalet VRI:er genom att öka kunskap kring, och arbete med, att förhindra spridning av, VRI:er

Vi kommer under 2025 att lägga fokus på arbetet kring vårdrelaterade infektioner genom att utbilda personal under APT. Målet är att all personal ska känna till begreppen VRI och Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) samt förstå konsekvenser av antibiotikaresistens i samhället. Vi kommer även arbeta aktivt med att minska smittspridning vid utbrott av luftvägsinfektioner genom bland annat korrekt användande av skyddsutrustning och isolering. Samtlig personal ska förstå konsekvenserna av att inte följa basala hygienrutiner.