

Omsorgs- och socialförvaltningen

Datum 2025-04-16
Diarienummer OSN/2024:16

Handläggare
Göran Lidemalm

Omsorgs- och socialnämnden

Verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024, Vifolkagården och Hemtjänst Mantorp, Forenede Care AB

Bakgrund

Forenede Care AB har, på uppdrag av omsorgs- och socialnämnden, drivit Vifolkagårdens vårdboende och hemtjänst i Mantorp med omnejd sedan 2024-04-01. Uppdraget sades upp av omsorgs- och socialnämnden och upphörde 2025-04-11. I omsorgs- och socialnämndens uppföljningsansvar ingår att vårdgivare årligen ska upprätta verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse och redovisa dessa för nämnden.

Sammanfattning

Forenede Care AB har inkommit med verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse för 2024. Utifrån löpande granskningar som gjorts under året, vilket lett till att avtalet sagts upp i förtid, har representant för Forenede Care AB inte bjudits in för att föredra ärendet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse - Verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024, Vifolkagården och Hemtjänst Mantorp, Forenede Care, 2025-04-16

Verksamhets- och kvalitetsberättelse för verksamheten Vifolkagården året 2024, Forenede Care AB

Patientsäkerhetsberättelse för Forenede Care Vifolkagården 2024

Omsorgs- och socialförvaltningens förslag till beslut

1. Omsorgs- och socialnämnden har tagit del av Verksamhets- och kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse 2024 från Forenede Care AB och lägger dessa till handlingarna.

Beslutet skickas till
Akten
Forenede Care AB

Omsorgs- och socialförvaltningen

Päivi Pannula
Förvaltningschef

Verksamhets- och Kvalitetsberättelse för verksamheten Vifolkagården året 2024

Sammanställd av: Elaine Wikström, Verksamhetschef
Hemtjänst och Josefine Lundh, Verksamhetschef Boendet

Innehåll

1. Sammanfattning.....	3
Företagsbeskrivning.....	3
Verksamheten	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	7
3.3 Avvikelser	9
3.4 Lex Sarah	15
3.5 Riskanalyser	16
4. Förbättringsarbeten	18
5. Resultat.....	20
5.1 Måluppfyllelse.....	20
5.2 Intern kontroll/Egenkontroller	20
5.3 Brukarundersökningar	24
6. Samverkan	27
7. Personal	29
7.1 Kompetens	29
7.2 Personalomsättning	29
7.3 Sjuktal	30
7.4 Arbetsskador och tillbud	30
7.5 Kompetensutveckling.....	31

1. Sammanfattning

Företagsbeskrivning

Forenede Care är en av Sveriges större privata aktörer inom vård och omsorg. Fokus har alltid varit att tillhandahålla den bästa möjliga omvårdnaden, att värna om den enskilde individens självbestämmande, vilja och integritet. Målet är att förmedla ansvar, engagemang och omsorg genom att alltid utgå från individen och de skillnader i behov som finns mellan människor. Forenede Cares vision är "vi vill göra skillnad för människor, för framtiden och för samhället". Forenede Care har sitt ursprung i Danmark och har funnit i Sverige sedan 1998. Forenede Care är en del i koncernen som består av totalt fyra bolag och två affärsområden.

Forenede Cares målstyrning baseras på lagar och författningar som reglerar hälso- och sjukvård, omsorg, tillgängliga kvalitetsregister och aktuella omvärldsbevakningar i relation till verksamhetsområdet.

Verksamheten

Ramarna för den lokala verksamheten styrs av upprättade huvudavtal. Avtalen reglerar villkoren för parterna och den omsorg som ges på respektive verksamhet. Respektive verksamhet tar därför fram sin verksamhetsplan baserad på Forenede Cares grunduppdrag, prioriterade förbättringsområden och utvecklingsbehov i den operativa verksamheten.

Verksamheten på Vifolkagården övergick den 2024-04-01 från annan utförare till Forenede Care efter tilldelningsbeslut från Mjölby kommun. Inom verksamheten bedrivs hemtjänst till ett 160-tal hemtjänsttagare samt boende för äldre med 44 platser och 2 korttids/växelvårdsplatser. Under året har fokus varit på övertagande och uppstart av verksamheten, under våren har bemanning för sommarsemestern och under hösten utformning av verksamhetsuppdraget i dialog med Mjölby kommun.



2. Ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet

2.1 Roller och ansvar

Forenade Cares verkställande direktör har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Forenade Care har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador och andra brister.

Regionchef inom företaget ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Regionchefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärder.

Verksamhetschef leder verksamheten lokalt och har verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Verksamhetschefen svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras. Verksamhetschefen ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Verksamhetschef ansvarar för att säkerställa att god kvalitet uppnås även inom Socialtjänstlagens område.

HSL-ansvarig chef på boendet har medicinska ledningsansvaret, vilket innebär bland annat kontinuerliga möten mellan verksamhetschef och legitimerad personal för avstämning, bedömning och uppföljning och beslut i strategiska och operativa HSL-frågor som rör vårdkvalitet och patientsäkerhet. Rollen innebär även att leda och samordna verksamhetens HSL-arbete, ansvara för att genomföra egenkontroller enligt gällande författningar såsom hygien, delegering och läkemedel, att övervaka att dokumentationen sker enligt gällande författningar och lagar i aktuellt dokumentationssystem samt att ansvara för att medicinska avvikelser rapporteras, åtgärdas samt följs upp och återkopplas till berörda parter i den omfattning som krävs.

På Vifolkagården finns två verksamhetschefer, en för boendet och en för hemtjänsten. HSL-ansvarig chef för boendet har från start varit hemtjänstens Verksamhetschef och från hösten boendets Verksamhetschef, beroende på olika kompetens inom hälso- och sjukvård.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att varje boende får vård utifrån sina behov. Sjuksköterskan ansvarar även att säkerställa och bedöma omvårdnadspersonalens kunskap inför delegering att utföra medicinska uppdrag.

Paramedicinsk personal (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt kompensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måluppfyllelse inom verksamheten.

Inom hemtjänsten på Vifolkagården ansvarar Mjölby kommuns legitimerade personal för de patienter som tillhör hemsjukvården. I vissa fall har LAH i Region Östergötland detta ansvar för patienter inom hemtjänsten anslutna dit, på motsvarande sätt som Mjölby kommun. För patienter på boendet ansvarar Forenede Care för egen legitimerad personal. Jourtid finns journalsjuksköterska via entreprenad för boendets patienter. Inom Forenede Care finns även egen MAS samt Kvalitetschef som fungerar som stöd för Verksamhetschef i arbetet.

All personal ansvarar för att arbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att utifrån verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Samtliga medarbetare kan utgöra hälso- och sjukvårdspersonal utifrån legitimation eller delegering.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser samt är delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund. Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal är kontaktperson till minst en boende och de är ansvariga för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

Bland omvårdnadspersonalen på boendet utses kontaktman för varje boende och inom hemtjänsten utses undersköterska till fast omsorgskontakt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning. Kontaktman eller fast omsorgskontakt ansvarar för att delta i välkomstsamtal, upprätta, följa upp och revidera genomförandeplan, ansvara för att insatserna enligt biståndsbeslut utförs, stimulera vårdtagaren att utöva personliga intressen och delta i aktiviteter, rapportera förändringar i hälsotillstånd till legitimerad personal, översyn och skötsel av hjälpmedel, riskbedömning av arbetsmiljö. I rollen ingår även vara en länk mellan verksamheten och den enskilde och dess närstående. I ansvaret ingår även att göra riskbedömning av personalens arbetsmiljö i enskilda hem.

Kvalitetschef inom Forenade Care ansvarar för verksamhetens ledningssystem. Detta tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) Socialt ansvarig samordnare (SAS). De har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef avseende patientsäkerhet och övrig kvalitet.

Kommunens MAR och MAS har ansvar för verksamheten på Vifolkagården i nära samverkan med Forenade Cares interna MAR och MAS. Samverkan sker även med kommunens SAS i frågor som rör Socialtjänstlagens område.

Patientansvarig läkare har ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaransvaret för samtliga patienter inom boende och hemtjänst har Region Östergötland. Ramavtal finns mellan regionen och kommunerna i Östergötland avseende läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Lokalt avtal har i samband med uppstart slutits med primärvården på Mantorps Vårdcentral.

Kommunens biståndshandläggare ansvarar för behovsbedömning och beslut om rätten till insatser på boendet och i hemtjänsten. Biståndshandläggaren ansvarar även för uppföljning av fattade beslut och att göra ny bedömning när behoven ändras. För boendet fattas generellt tillsvidarebeslut, men för korttids- och växelvård på boendet och inom hemtjänsten sker uppföljning och revidering oftare.

Kökspersonal ansvarar för måltidsproduktion för boendet och dess besökare. Planering av menyer ska alltid ske med utgångspunkt i de boendes önskemål och preferenser. Menyer anpassas även efter säsong och högtider. Forenade Cares måltidsutvecklare ansvarar för det övergripande kvalitetsarbetet mat och måltider tillsammans med verksamhetens kökspersonal och boendets verksamhetschef.

Leva livet-inspiratör ansvarar för att på boendet planera och genomföra aktiviteter för rörelse, social samvaro, kultur samt även högtidsplanering, och övrig stimulans. Planering anpassas efter högtider och säsong och ska alltid ske med utgångspunkt i de boendes önskemål och intressen, utifrån vad som framkommer vid bland annat boenderåd, i de boendes genomförandeplaner och eventuella levnadsberättelser i samråd med kontaktman.

3. Systematiskt kvalitetsarbete

3.1 Hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivits under året

Ytterst ansvarig för verksamhetens kvalitets- och utvecklingsarbete är verksamhetschefen, som till sin hjälp har den lokala ledningsgruppen, samt verksamhetens ombud och möten med hela teamet. Den lokala ledningsgruppen består av verksamhetschef och samordnare för hemtjänst respektive boende samt boendets legitimerade personal. I verksamhetens lokala ledningsgrupp identifieras utvecklingsområden genom bland annat granskningar, uppföljningar både internt och externt. För de identifierade verksamhetens förbättrings-/utvecklingsområden upprättas mål, åtgärder och struktur för uppföljning.

Det systematiska kvalitetsarbetet bygger bland annat på SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Verksamheten arbetar lokalt med bland annat rutiner, avvikelser och egenkontroller.

Samverkan i team innebär att komplettera varandras kompetenser, främja kontinuitet samt skapa dialog för gemensamt lärande och beslutsfattande för att uppnå en god kvalitet. Teamarbetet inom hemtjänsten har under året baserats på att verksamhetschef, samordnare och en omvårdnadspersonal från hemtjänsten träffar legitimerad personal från kommunens hemsjukvård varannan vecka. Det multiprofessionella teamet går igenom komplexa ärenden, nya patienter och avlidna patienter. Även vårdbegäran, avvikelser, delegeringar bearbetas, samt att pågående HSL-insatser och insatta hjälpmedel utvärderas. Under året har det systematiska kvalitetsarbetet på boendet bedrivits inom lokal ledningsgrupp, under APT samt genom aktivitets råd och teamträffar med hela teamet.

3.2 Synpunkter och klagomål

Resultatet från "Vad tycker äldre om äldreomsorgen 2024" för boendet visade på att en mycket låg andel av enskilda och anhöriga inom framför allt boendet hade kännedom om vart de ska vända sig avseende synpunkter och klagomål. Mätningen är gjord medan tidigare utförare ansvarade för verksamheten, men att endast 25 % av de som bodde på Vifolkagården våren 2024 inte visste vart de skulle vända sig för att lämna synpunkter och klagomål är mycket lågt, även om genomsnittet i riket för boendeverksamheter också är lågt, kring 45 %. För hemtjänsten var resultatet från att 65 % av de som har hemtjänst från Vifolkagården våren 2024. För verksamhetens kvalitetsarbete är det dock önskvärt att hålla en så hög nivå som möjligt.

Forenade Care har en folder med information om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål som lämnas ut till nya boende och hemtjänsttagare och tillhandahålls i verksamheten. Information och möjlighet finns även på verksamhetens hemsida samt vid personlig kontakt med personal, ledning i verksamheten eller övergripande i företaget.

Ett uppmuntrande och ett inlyssnande förhållningssätt är viktigt i kontakter för att som boende eller hemtjänsttagare känna sig trygg med att lämna synpunkter och klagomål. Informationsbrev skickas regelbundet från boendet till anhöriga och närstående för att ge möjlighet till att komma med synpunkter kring förändringar i verksamheten samt informera och uppmuntra till att lämna synpunkter och klagomål. Personalen som dagligen möter de enskilda har en viktig roll i att informera om att lyssna in och stödja dem och deras närstående i att uttrycka och förmedla synpunkter och klagomål till verksamheten. Personalen har under APT i oktober fått genomgång av broschyr, rutiner och förhållningssätt. Bland annat uppmannades personalen att hämta in även positiva synpunkter, vilket har gjorts i viss utsträckning.

Foldern har under 2024 uppdaterats och under hösten på boendet placerats ut på ännu fler tydliga ställen på alla avdelningar och i entrén. Personalen inom hemtjänsten har med sig foldern vid besök hos hemtjänsttagarna utöver att denna lämnas ut till nya kunder vid första samtalet med den fasta omsorgskontakten. Viss effekt har uppnåtts då det inkommit flera synpunkter och klagomål under hösten. Till boendet har det under oktober inkommit två synpunkter och klagomål samt en positiv återkoppling. Till hemtjänsten har det inkommit ett klagomål i oktober och tre i november månad. Det har dock inte inkommit så många synpunkter och klagomål under året att det går att skönja mönster i dessa.

Synpunkter som lämnats till hemtjänsten handlar bland annat om personalens kunskap när det gäller kvalitet i att tvätta kläder och bädda sängar. Kvalitet uppfattas subjektivt och den upplevda kvaliteten kan skilja sig från den faktiska. Dock måste båda beståndsdelarna uppfyllas för att god kvalitet ska uppnås. Samtal och utbildning i hur de momenten ska utföras har genomförts på personalens APT. Instruktion på hur tvätt ska sorteras och hanteras har skickats med i veckomeddelande till all personal, både till hemtjänsten och till boendet.

Till boendes har en av synpunkterna handlat om svarstid på trygghetslarm. Åtgärder har vidtagits i form av loggkontroll avseende aktuellt larmtillfälle samt genomgång med personal kring förhållningssätt till trygghetslarm och tillvägagångssätt för att minska svarstid vid tillfällen då fler behöver hjälp samtidigt i form av samverkan med andra avdelningars personal, kommunikation med boende med mera. Den andra handlar om att mer variation önskas gällande boendets måltidsmeny. Detta har förts vidare till kock som ansvarar för menyplanering samt att boenderåd bokas in med fokus på bland annat synpunkter kring mat och måltider.

I november har en positiv återkoppling lämnats in till boendet, som berömmar hanteringen kring synpunkter och klagomål efter övertagandet. Enligt

uppgiftslämnaren har många tidigare inte vågat påpeka fel och brister utifrån hur detta bemöttes av tidigare utförarens ledning. Om detta är en uppfattning som flera har haft kan detta eventuellt ha bidragit till svårigheten med att få in fler synpunkter och klagomål under året.

3.3 Avvikelse

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador och andra avvikelser eller missförhållanden ökar kunskapen om vad som drabbar hemtjänsttagare och boende när resultatet av verksamhetens insatser inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten, men allvarigare händelser eller risker ihop med kommunens MAS och MAR. Utredning sker även i nära samråd med Forenade Cares MAS, MAR eller SAS, vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

För avvikelser inom Socialtjänstlagens område genomförs utredning av ansvarig verksamhetschef tillsammans med övriga teamet i verksamheten. I utredningar som avser Lex Sarah eller i annat fall bedöms som mer allvariga utreds dessa tillsammans med företagets Socialt ansvariga samordnare samt ansvarig regionchef.

För bearbetning av avvikelser som berör hälso- och sjukvård utreds avvikelser med allvarlighetsgrad 3 (betydande, bestående måttlig funktionsnedsättning) och 4 (katastrofal, dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning) av MAS/MAR inom Forenade Care för boendet tillsammans med verksamhetschef och legitimerad personal på plats. För hemtjänsten genomförs sådan utredning av kommunens MAS/MAR i samverkan med kommunens hemsjukvård och hemtjänstens verksamhetschef. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets kvalitetsansvarig, MAS eller MAR samt med kommunens MAS och MAR. För övriga avvikelser 1 (mindre, obehag eller obetydlig skada) till 2 (måttlig, övergående funktionsnedsättning) utreds omvårdnads- och läkemedelsavvikelser av verksamhetschef och HSL-chef. För boendet sker detta i samråd med boendets sjuksköterskor och för hemtjänsten ihop med hemsjukvården. Vid sådana avvikelser som rör fall medverkar även boendets fysioterapeut samt arbetsterapeut.

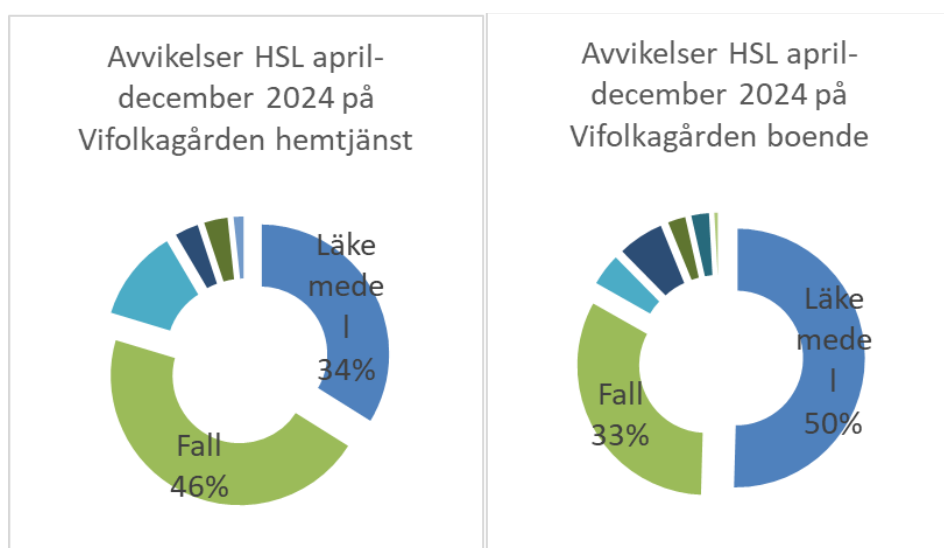
Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen

(2010:659). Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40). I ledningssystemet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Avvikelse registreras via journalsystemet LifeCare som tillhandahålls av Mjölby kommun. Verksamhetschef och HSL-ansvarig inleder utredning och berörd personal tar del av avvikelsen och vidtar åtgärder för bedömning och uppföljning utifrån sitt kompetensområde. Utredningen leds av verksamhetschef som även inhämtar uppgifter från omvårdnadspersonalen. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. När utredningen avslutas skrivs en sammanställning och analys av information som framkommit i utredningen avseende händelseförlopp, konsekvenser för patient, bakomliggande orsaker, och vidtagna åtgärder. Åtgärder kan ske omedelbart eller pågå under en längre tid och effekten av dessa följs upp.

Övergripande analys av gångna månadens avvikelser genomförs nästkommande månad i teamet under avvikelseråd. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar, vid daglig avstämning, teamträffar och veckoinformation till personal.

Inom hälso- och sjukvårdslagens område har den vanligaste avvikelseypen under 2024 varit fall och läkemedel. Detta gäller både på boendet och i hemtjänsten.



Avseende fallavvikelser finns ofta en stark koppling till person- och omgivningsfaktorer som påverkar fallrisken. Det finns stor risk att patienter som fallit faller flera gånger innan slutsatser kan dras om varför det sker och åtgärder kan verkställas. Vid behov av nya hjälpmedel kan exempelvis leveransen ta tid, eller vid behov av läkemedelsförändring kan det vara svårt att göra förändringen direkt. Infektioner som påverkar fallrisken är ofta pågående under en tid innan dess påverkan upphör.

Boendet arbetar aktivt med fallriskanalyser vid teamträffar, utifrån vårdbegäran samt utifrån samverkan kring Senior Alert. Inom hemtjänsten har vissa fallavvikelser kunnat härledas till bland annat infektioner eller annan förändring av allmäntillståndet då fall inträffar.

Fall är något vanligare i hemtjänsten, troligtvis på grund av mindre möjlighet att förebygga och ingripa när personal inte alltid snabbt kan vara på plats. Genom gemensam analys i det multiprofessionella teamet som hemtjänsten igår i har förståelse för samband mellan annan patients läkemedelsintag och fall på kvällstid kunnat konstateras. Åtgärder i form av att ge sömntabletter när patienten redan ligger i sängen har kunnat minska fallrisken avsevärt för patienten som annars riskerar att falla till följd av detta.

Läkemedel är något mer förekommande än fall på boendet jämfört med fall. Generellt hanteras fler läkemedel per patient på boendet. Det finns också en risk för en falsk trygghet på boendet då det mesta är på samma sätt från dag till dag, jämfört med hemtjänst som ofta är i konstant förändring och därmed finns en större risk att missa läkemedelsförändringar och dylikt.

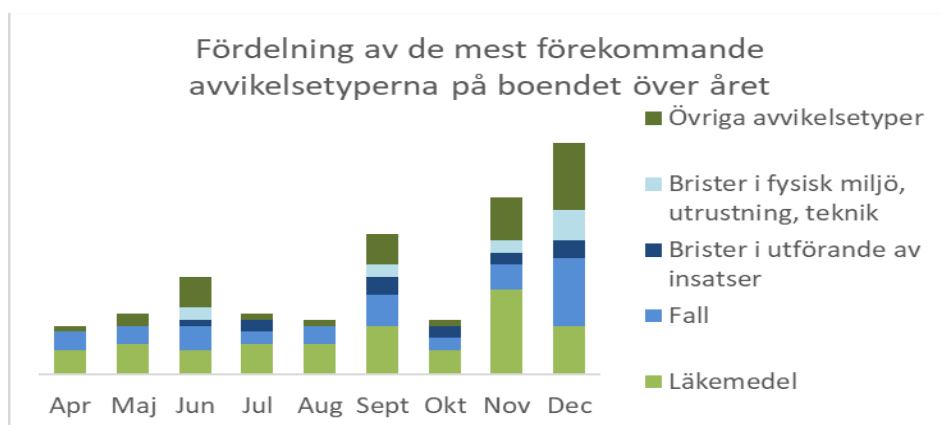
En viktig skillnad avseende läkemedelshanteringen i verksamheten är tekniskt stöd som används inom hemtjänst i form av Appva. Detta innebär att personal lättare får överblick och kan följa vilka patienter som ska ta vilka läkemedel vid vilka tillfällen. Signeringar sker också i appen vilket minskar risken för utebliven signering. Då även övriga HSL-uppdrag signeras i samma app används denna regelbundet under arbetet vilket gör att personalen hela tiden håller sig uppdaterad lättare uppmärksammas på eventuella förändringar.

På boendet finns inget sådant tekniskt stöd. På boendet finns HSL-uppdrag som ej avser läkemedel också i en tidsplanerad lista, men denna finns endast i datorer på avdelningarnas kontor och inte i mobiltelefonerna, vilket gör det svårare att mer kontinuerligt få överblicken. Boendets lokala rutin för att få överblick över vilka tider läkemedel ska ges hos vilken boende. En tavla används med markering för avdelningens boende och klockslag för läkemedel. Läkemedels- och signeringslistorna finns i ett låst skåp i den boendes lägenhet. På boendet har dock flertalet läkemedelsavvikelser handlat om utebliven dos, något som till viss del kanske hade kunnat undvikas genom att använda digitalt stöd för detta. Enligt uppgift från kommunen fanns planer på att införa Appva på boendet, men kapacitet för implementeringen fanns inte hos kommunen vid verksamhetsövertagandet under våren 2024. Enligt kommunen planeras detta

införas senare under 2025 då verksamheten övergått i kommunal regi, men då ett annat format planeras är det inget som har kunnat startas upp innan dess.

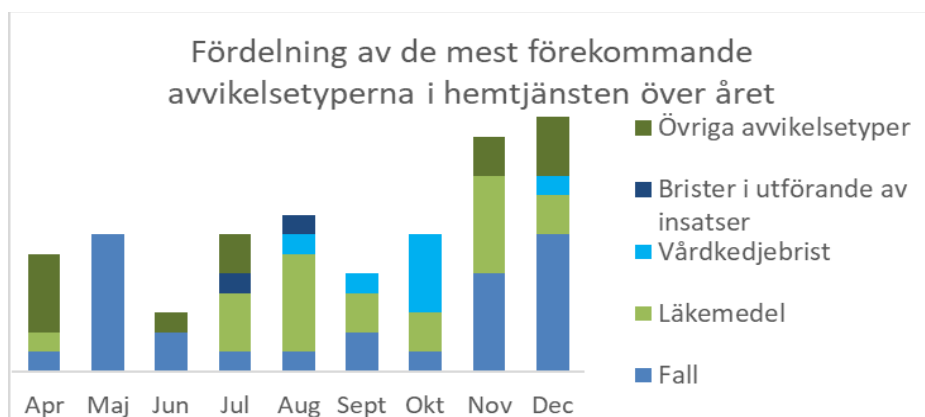
Bland hemtjänstens läkemedelsavvikelser har personal haft uppdrag om att lägga fram läkemedel till en enskild patient, som patienten sedan inte tagit, lett till flera avvikelser. I utredningsprocessen framkommer att läkemedlet som avser smärtlindring inte tas då patienten själv inte längre upplever någon smärtpåverkan och således inte ha behov av detta. I samverkan med patientansvarig läkare sattes läkemedlet sedan ut och framtida avvikelser kunde på så sätt undvikas.

Utöver läkemedel och fall är brist i utförandet av insatser den mest frekvent förekommande avvikelseypen som rapporterats under året. Det kan handla om att uppgifter inte utförts alls på grund av att de missats, personal som saknar kompetens eller delegering att utföra insatsen har missat att överlämna denna till personal som har detta.

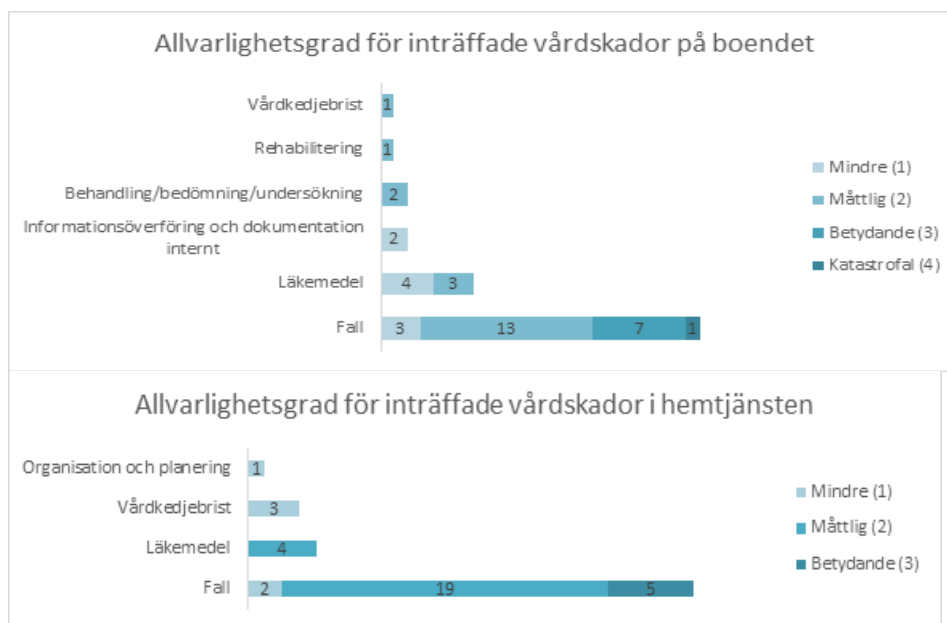


Det kan också handla om att insatsen har utförts, men att det har gjorts bristfälligt eller på fel sätt. Inom hemtjänsten ses en tydlig ökning av sådana avvikelser under sommarmånaderna, troligtvis på grund av ökad andel vikarier i verksamheten. På boendet har en viss ökning skett under sommaren, men därefter fortsatt förekomma varje månad. I boendemiljön spelar verktyg och utrustning som trygghetslarm, hjälpmedel, lokaler och möblemang en stor roll för hur arbetet kan bedrivas. Vid sådana brister finns stor risk för att patientsäkerheten påverkas. På boendet står brister i fysisk miljö, utrustning och teknik för flera avvikelser, framför allt mot slutet av året.

Inom hemtjänsten förekommer endast enstaka fall av brister i fysisk miljö, utrustning och teknik. I stället är det vårdkedjebrister som uppmärksammas som den fjärde mest vanliga typen av avvikelse. Hemtjänsten arbetar dagligen med flera olika former av samverkan. Samverkansparter och kollegor är i regel ej i närheten då arbetet utförs. Kontakt via telefon är av vikt för att kompensera detta, men risk för missförstånd eller att inte få kontakt finns alltid.

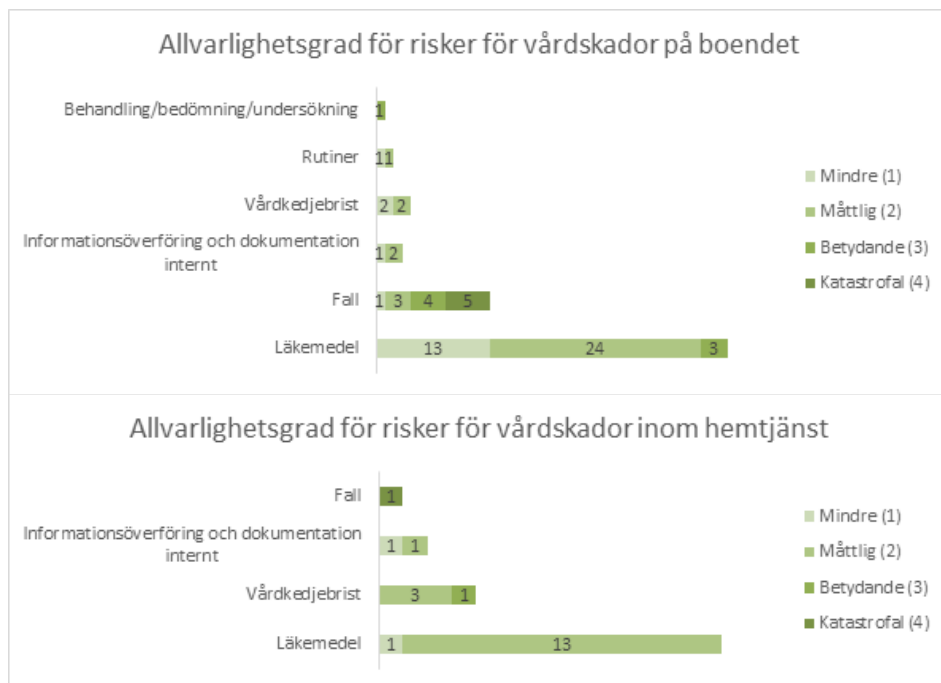


Samverkan med hemsjukvården är viktig för att hemtjänsten ska lyckas i arbetet med patienterna. Personalen inom hemsjukvården utgår dock från annan centralort i kommunen och tillhör den kommunala organisationen. Multiprofessionellt teamarbete är en viktig del i att detta ska fungera. Hemtjänsten samverkar även med flera aktörer som LAH, olika sjukvårdsinstanser, specialist- och akutsjukvård med mera där det inte är lika enkelt att etablera regelbundna samverkanskontakter, utan sker utifrån de komplexa och varierande behov som patienterna som hemtjänsten möter har just då. Det är av vikt att säkerställa samverkan och god kommunikation, särskilt vid utskrivning från slutenvård eller avslut av akutsjukvård då regionens personal inte alltid är medvetna om att patienten kan vara beroende av hemtjänstens stöd även vid vad som tycks vara okomplicerad hemgång.



Under 2024 har sammanlagt 113 händelser utretts som vårdskador eller risk för vårdskador på boendet under 2024. Hemtjänstens verksamhet har genomfört utredning av 59 sådana händelser. Ett antal fall har bedömts som katastrofala

händelser. För händelser både på boendet och de som rör hemtjänsten har omkring 60–70 %, av händelserna bedömts som måttlig avseende allvarlighetsgrad.

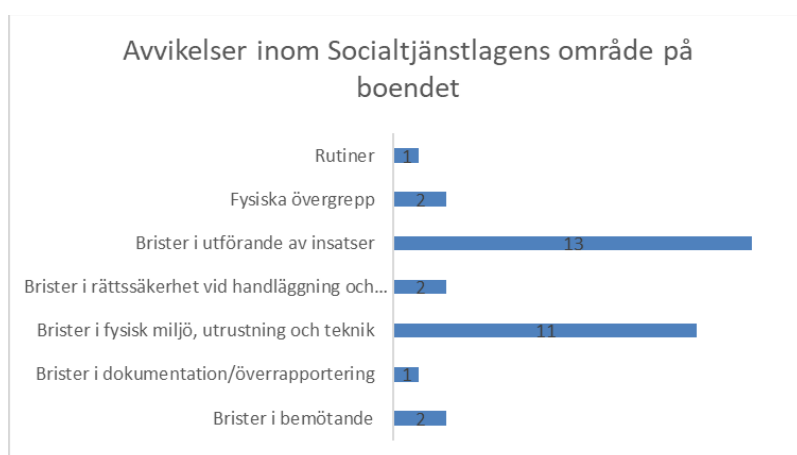


Gällande åtgärder utifrån inkomna avvikelser planeras dessa utifrån vad avvikelserna handlar om, händelseförloppet och vad som framkommit i analysen. Ofta vidtas åtgärder redan innan rapportering görs för att avhjälpa obehag eller förhindra att skador eller andra negativa konsekvenser drabbar patienten. På längre sikt vidtas åtgärder som syftar till att förhindra återupprepning av samma brist eller negativa händelse, både på individnivå och på verksamhets- eller gruppnivå. Exempel på sådana åtgärder som vidtagits under året är bland annat riskbedömning, handledning, hjälpmedelsöversyn och diskussion på kommande APT.

Vanligaste åtgärden har varit genomgång och revidering av rutiner. Då verksamheten övertogs under året har avvikelsearbetet varit en viktig del i att identifiera vilka rutiner som behöver ses över och förtydligas i verksamheten. Vid läkemedelsavvikelser har åtgärder efter analys i huvudsak inneburit samtal med inblandad personal om vikten av följsamhet till läkemedelsrutinen och bedömning av enskilds delegering. Det kan vara betydelsefullt i det enskilda fallet att följa upp den faktiska kompetensen hos enskild delegerad personal, men för att åstadkomma mer övergripande förändring krävs i regel mer systematiska åtgärder. Under 2024 har även en fördjupad utbildning och diskussion kring effekter och konsekvenser av avvikelser genomförts, till exempel läkemedel som uteblir. Syftet var även att skapa medvetenhet om att undvika konsekvenser som även kan bero på andras fel, till exempel fel i apodos eller i dosett.

En ökning av det sammantagna antalet avvikelser har skett under året, särskilt under senhösten. Detta kan delvis bero på en utbildningseffekt som innebär att fler avvikelser identifieras, uppmärksammas och rapporteras, vilket i sin tur leder till ökad patientsäkerhet.

Inom socialtjänstlagens område har flera avvikelser rapporterats. Totalt fem har rapporterats inom hemtjänsten under året. På boendet har ett flertal avvikelser 32 avvikelser rapporterats inom socialtjänstlagens område. Brister i utförande av insatser är vanligast inom båda verksamheterna. Inom boendet är det även brister i den fysiska miljön, utrustning och teknik som oftast förekommit.



En del av dessa avvikelser har inneburit missförhållande eller risk för missförhållande och har rapporterats och utretts enligt Lex Sarah, .

3.4 Lex Sarah

Inom socialtjänstens område finns en skyldighet att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande, men även mindre allvarliga avvikelser och brister ska dokumenteras, rapporteras och utredas.

Inom hemtjänsten har fyra Lex Sarah-utredningar genomförts under 2024. Två av dessa berör sekretess, vid ett tillfälle har att tystnadsplikt brutits och vid ett annat tillfälle röjdes sekretess av misstag genom att skyddat mejl är skickat i journalsystemet LifeCares meddelandefunktion till fel person som hade samma

för- och efternamn som den mottagare som skulle få meddelandet. Två berör den praktiska hjälpen, vid ett tillfälle har hemtjänsttagare fått en dammsugare på sig och vid ett annat tillfälle har hemtjänsttagaren inte tagit emot hjälp från hemtjänsten.

På boendet har fyra lex Sarah-utredningar genomförts under 2024. Två av dessa gällde omild behandling vid omvårdnad, en gällande misstänkt stöld. Ytterligare en gällde flera delar avseende bemötande, uteblivna insatser och brister kring specialkost. Verksamheten har under året både rekryterat ny personal samt tagit över personal från tidigare utförare. Vikten av nära ledarskap och uppföljning av personals både kompetens och lämplighet är tydlig utifrån avvikelserna. Detta arbete har varit utmanande utifrån chefsbyten under året, men högt prioriterat i verksamheten för att förhindra uppkomst av liknande händelser. Åtgärder har bland annat bestått i arbetsrättsliga åtgärder och fortbildning av kökspersonal avseende specialkost.

3.5 Riskanalyser

I kvalitetsarbetet ingår att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan risk uppskattas sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat smitta och smittspridning, följsamhet till basala hygienregler, kompetensförsörjning vid manfall eller pågående smitta. Utöver dessa sker riskbedömning utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp- eller individnivå.

Under 2024 har verksamheten identifierat risker avseende generell kompetensförsörjning. Kompetensförsörjningen generellt är idag utmanande inom all vård- och omsorgsverksamhet, bland annat i förhållande till en rörlig arbetsmarknad. Detta förstärks även på Vifolkagården av läget på landsbygden. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.

Tillgången på kompetenta undersköterskor upplevs vara låg. Både språkmässiga och praktiska färdigheter förekommer trots genomgången utbildning. Landsbygdsläget bidrar. Rekryteringsarbetet inför sommaren har varit utmanande utifrån att verksamheten övergick från annan utförare under mitten av våren då rekryteringsarbetet i normala fall redan varit i full gång i flera månader. För att öka andelen erfarna undersköterskor har undersköterskeutbildning på arbetstid via kunskapslyftet erbjudits anställda vårdbiträden. Rekryteringsarbetet av omvårdnadspersonal har varit pågående under hela året. Introduktionsarbetet har förstärkts för att även kunna uppnå en del grundläggande kompetenshöjning under introduktionen.

En enskild del av verksamheten har även haft förhöjd personalomsättning av omvårdnadspersonal. Detta har i analys konstaterats bero på arbetsmiljöfaktorer utifrån specifik patient. Det rör sig om behov av annan specialiserad vård och omsorg än vad som i normalfallet hanteras inom ramen för liknande verksamhet. Åtgärder har vidtagits i form av uppföljning av kommunens placering av aktuell patient, nära samverkan med polis och slutenpsykiatri, handledning och fortbildning av personal samt extra bemanning riktad till aktuell patient. Att säkerställa att personal har en god arbetsmiljö och rätt verktyg för att på ett rimligt sätt bedriva vård och omsorg för de boende de möter är avgörande för att behålla kompetens. Detta leder till kontinuitet som gör det möjligt att kunna uppnå hög patientsäkerhet och god kvalitet.

4. Förbättringsarbeten

Det pågår ett ständigt arbete för att kvalitetssäkra verksamhetens processer och system. Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både reaktivt och proaktivt kvalitetsarbete bedrivas. Gemensamma rutiner säkerställer att arbetet utförs på ett likvärdigt och säkert sätt. Genom att minska oönskade variationer och göra boende och hemtjänsttagare delaktiga stärks patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten.

Det pågår ett ständigt arbete för att kvalitetssäkra verksamhetens processer och system. Processerna och rutinerna finns beskrivna i det interna ledningssystemet som finns på Forenade Cares intranät. HSL-rutiner som fastställs inom kommunen och gäller i verksamheten är nåbara via tillgång till en gemensam rutinkatalog digitalt. För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till dessa båda system. I ledningssystemet presenteras även nationella och företagsgemensamma riktlinjer som anpassas till lokala rutiner. Uppdatering och framtagande av lokala rutiner har skett kontinuerligt under året och mindre ändringar skett löpande.

Under året har fokus bland annat lagts på att förbättra verksamhetens avvikelseprocess. Detta både för de delar av teamet som har centrala roller i avvikelseutredningen, och kring hur hela verksamheten involveras i att uppmärksamma, bedöma, analysera och vara en del i förbättringsarbetet kring avvikelser. Även klagomål och synpunkter har varit ett fokusområde för att säkerställa att risker och brister som patienter och deras närstående förs fram så att åtgärder kan påbörjas, så att konsekvenser för aktuell patient men även för övriga patienter kan förebyggas och undvikas i ett så tidigt skede som möjligt.

Under 2024 har rekrytering pågått under större delen av året. Samtidigt är kompetensförsörjningen generellt utmanande, och trots omfattande rekryteringsarbete upplevs det finnas få kandidater med både rätt utbildning som också har en längre erfarenhet. Det finns utifrån detta en risk för att som verksamhet behöver göra avvägningar mellan att en större andel personal är både oerfaren och utbildad, för att inte löpa risk att för att inte alls kunna bemanna verksamheten, särskilt i perioder av säsongssmitta eller annat som påverkar andelen tillgänglig personal. För att hantera detta i verksamheten är introduktionen en mycket central process. Under introduktionen får varje ny medarbetare förutsättningar för att kunna arbeta så säkert och kvalitativt som möjligt i sitt fortsatta arbete. Det är av vikt att lägga grunden för att arbeta patientsäkert redan från start.

Verksamheten har under året i omgångar omarbetat och anpassat introduktionsprocessen lokalt tillsammans med befintlig personalgrupp som ofta är de som närmast står för nyanställas introduktion under bredvidgång. Digital utbildning och fortbildning har använts som verktyg även inför introduktionen och som en del i rekryteringsprocessen. Detta syftar till att bättre kunna rusta nyanställda med vissa förkunskaper redan då, men också för att kunna ta emot informationen som ges under introduktionen på ett bättre sätt och kunna sätta den i sitt sammanhang.

På boendet har dokumentationen av utförda insatser förbättrats genom införandet av användningen av en checklista för utförda insatser under november månad. Detta har även givit en överblick över vad som skett mellan arbetspassen för att säkerställa att sådant som sker regelbundet utförs med jämna mellanrum. Kontaktman har därefter kunnat dokumentera en veckosammanfattning utifrån dokumentationen i checklistan.

Gällande boendes Leva-Livet-verksamhet har aktiviteter hållits för de boende dagligen. Schema för varje vecka har lämnats ut till de boende. En del aktiviteter har hållits ihop med föreningar och religiösa samfund månads- och veckovis och en del har hållits av leva-livet-inspiratör eller övrig boendepersonal. Som en integrerad del av aktiviteterna för veckan har ett projekt bedrivits under året som har inneburit att även boendets legitimerade rehabpersonal har hållit i en del rörelsepass på boendet, bland annat i boendet gym. Detta har varit mycket uppskattat från de boendes sida. Detta har varit ett sätt att ytterligare väva in ett rehabiliterande förhållningssätt i verksamheten, för att uppmuntra och stödja de boendes självständighet, så att de ska kunna upprätthålla funktionsförmågor i vardagslivet så länge det är möjligt.

Utifrån önskemål på boenderåd har gemensam fika på helgerna för alla avdelningar tillsammans börjat genomföras varje vecka. Även julmarknad har hållits för de boende på plats med flera aktörer utifrån. Utifrån boenderåd har även kökspersonalens arbete förbättrats. Bland annat har menyn fått en ökad variation och texten på menyerna fått ett tydligare och mer specificerat innehåll.

All personal medverkar ständigt i kvalitetsarbetet på olika sätt, genom pågående dialog på APT-möten, avvikelseråd och teamträffar och genom övriga avstämningar i vardagen, både på boendet och inom hemtjänsten.

5. Resultat

5.1 Måluppfyllelse

Forenede Cares mål är att vara Sveriges ledande familjeägda vårdbolag och bidra till skillnad för människan, samhället och för framtiden. För att säkerställa god kvalitet i samt vara en ansvarsfull samhällsaktör ska verksamheter och medarbetare vara kunskapsbaserade.

Målen inom särskilt boende för äldre och inom hemtjänst är att utifrån Socialstyrelsens årliga enkät "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?" ska Forenede Cares resultat ligga en svarsfrekvens på minst 60–80 % samt på minst 90 % i frågor som berör sammantagen nöjdhet. Denna mätning av verksamheten på Vifolkagården i Forenede Cares regi har ännu inte genomförts. Resultatet som finns för verksamheten baseras på mätning medan tidigare utförare ansvarade för boendet.

Nöjdheten med boendets som helhet var då endast 70 %, vilket är lägre än målet samt lägre än riksgenomsnittet som ligger på knappt 80 %. Hemtjänstens sammantagna nöjdhet var 89%, dvs strax under Forenede Cares mål. Ny mätning sker under våren 2025 och resultat erhålls först senare under året.

5.2 Intern kontroll/Egenkontroller

Egenkontroller genomförs både för de delar av verksamheten som gäller hälso- och sjukvård och för det arbete som utförs enligt Socialtjänstlagen.

Egenkontroller inom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en del av en helhet i ansvaret att följa upp, utvärdera och arbeta med ständiga förbättringar i verksamheten. Inom Forenede Care utförs följande aktiviteter enligt årshjul i företagets ledningssystem.

Månadsanalys avvikelser HSL: Verksamheten utför varje månad avvikelseråd för boendet och multiprofessionellt team på hemtjänsten. Månadsanalys av avvikelser som görs gemensamt i teamet för att se mönster och gemensamma teman för att kunna vidta åtgärder på övergripande nivå och dokumentationen från detta skickas månadsvis till företagets MAS. I analysarbetet har vissa mönster på verksamhetsnivå kunnat skönjas och analyseras. Flera rutinförändringar och förtydliganden har tillkommit till följd av detta arbete.

Infektionsregistrering: Systematisk sammanställning av infektioner görs för att kunna genomföra analys och vidta lämpliga förebyggande åtgärder. Forenede Cares MAS har vidare kontakt med Vårdhygien i respektive region samt STRAMA utifrån behov. Vid sammanställning konstateras att vårdrelaterade infektioner hållits på en låg nivå.

Patientsäkerhetsberättelse: Varje verksamhet sammanställer sin berättelse som årligen skickas till MAS. Syftet är att påvisa patientsäkerhetsarbetet och vidtagna åtgärder i syfte att säkerställa ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom verksamheten. Patientsäkerhetsberättelsen skall vara ett levande dokument och finnas med och dokumenteras i under hela året.

Arbete med patientsäkerhetsberättelsen sker tillsammans med tillhörande implementeringsplan och även med hjälp av verksamhetens utvecklingsplan för patientsäkerhet. Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen sedan verksamheten övergick i Forenade Cares regi under 2024 har slutförts för första gången under början av 2025. Spridning sker internt inom Forenade Care samt att berättelsen inlämnas till Mjölby kommun som uppdragsgivare.

Loggkontroll NPÖ: Varje verksamhetschef hämtar logg för avsedd period. Kontroll av behörighet/vårdrelation sker utifrån en matris för loggkontroll vid minst två tillfällen per år. Under året har det i verksamheten identifierats brister i följsamhet hos en anställd. Ärendet hanterades som personalärende. Inga liknande incidenter här därefter konstaterats trots tillfälligt ökad kontrollfrekvens efter händelsen, men händelsen har belyst vikten av att genomföra kontroller för att skydda integriteten för samtliga patienter.

Loggkontroll dokumentationssystem: Verksamhetschef ansvarar för loggkontroll 4 gånger per år för att säkerställa att brott mot sekretesslagen ej skett, genom att obehörig inloggning och intrång i journal utan behörighet eller vårdrelation har skett. Eventuella brister rapporteras enligt rutin. Vid de loggkontroller som har genomförts under 2024 har inga brister avseende detta kunnat identifierats vara sig på boendet eller i hemtjänsten.

Analys av följsamhet och egenkontroll MTP: Hanterings- och säkerhetskontroll skall utföras för att garantera tillförlitlighet för MTP som är inköpta av Forenade Care och som används i verksamheten utifrån gällande lagkrav. Signering sker på inventarielistan och inrapportering till MAS sker årligen för att följa upp att kontroller utförts. Analys genomförs enligt årshjul i början av året och generellt sett redan före verksamheten övertogs för 2024. I samband med övertagandet av verksamheten har MTP-genomgång utförts i samverkan med tidigare utförare. Då verksamheten startade under våren 2024 sker första tillfället under början av 2025.

Analys utbildning och kompetenssäkring för säkra förflyttningar: Analys utförs en gång om året av legitimerad personal i samverkan med verksamhetschef. Analysen avser att öka medvetenhet kring behovet att säkerställa och höja kompetens inom området samt en fortlöpande planering för att säkerställa att utbildningen genomförs enligt utbildningsplan för både ordinarie personal och timvikarier i verksamheten. Analysen visar ett behov hos framför allt nyanställd personal, men även bland ordinarie personal finns det behov av att fräscha upp kunskaper, genomgång av specifika tekniker och dylikt. Som åtgärd har utbildning planerats under våren 2025. Då verksamheten övergår i kommunal regi i april 2025 kommer planerad utbildning under våren ej kunna genomföras i

Forenade Cares regi. Resultatet av analysen lämnas därför över till Mjölby kommun för vidare planering.

Nattfastemätning och analys av nattfastemätning: Nattfastemätning utförs två gånger per år med syfte att identifiera och vidta åtgärder på individ- och organisationsnivå för att bryta nattfastan och minska ofrivillig nattfasta till under riktvärdet på högst 11 timmar. Mätningen görs för alla patienter på boendet som inte motsätter sig mätningen. Sammanställning av resultatet skickas in till Forenade Cares MAS som samverkar med intern Måltidsutvecklare och verksamheten kring övergripande åtgärder.

Under mätningen på boendet konstateras att flera av de boende har en nattfasta som överstiger 11 timmar. Vid analys görs bedömning om huruvida nattfastan kan anses vara frivillig eller ej för patienter på gränsen till kognitiv svikt som både kan ha svårt och lätt att själva göra bedömning om vad det innebär att avböja ett extra mål när detta kan variera från dag till dag och från stund till stund. Generellt har ett arbete gjorts kring att läkemedel på morgon och kväll ges ihop med livsmedel av något slag för att bryta nattfastan samt att arbeta in rutiner kring erbjudande av nattnål till boende som är vakna nattetid. Åtgärder har återkopplats till all personal vid APT och informationsutskick, via HSL-uppdrag för extra åtgärder, samt till kontaktman avseende åtgärder på individnivå som kan föras in i den boendes genomförandeplan.

Analys av egenkontroll säker delegering: Analys för säker delegering samt sammanställning av eventuella dispenser skickas in från ansvarig sjuksköterska. Syftet är att verksamheten följer rekommendation gällande delegering så att det finns en jämn fördelning av ansvaret, att delegerad medarbetare har rätt utbildningsnivå och kompetens för uppgiften. Informationen skall innehålla verksamhetens analys och bedömning kring patientsäkerheten inom ramen för delegering.

Delegeringsprocessen för läkemedel är kvalitetssäkrad och innehåller utöver normal introduktion även digital utbildning, samt muntlig information och genomgång med sjuksköterska enligt checklista. Under året har sjuksköterska lagt extra mycket tid vid varje delegeringstillfälle på att gå igenom alla delar och skapa bred förståelse för momenten och varför dessa är viktiga för att uppnå säkerhet vid läkemedelshantering. Då en av boendets två sjuksköterskor slutat under hösten har en av sjuksköterskorna ansvarat för fler delegeringar under en period. Detta utgör en risk för att kunna utöva uppföljningsansvaret och påverkar på så vis patientsäkerheten. Ny sjuksköterska har rekryterats och anställts från och med januari 2025, vilket underlättar att göra en jämnare fördelning.

Analys av egenkontroll läkemedelshantering: Egenkontroll läkemedel utförs med syfte att säkerställa en väl fungerande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel inom verksamheten utifrån gällande föreskrifter. Målet är att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37. Kvalitetsgranskning är utförd på boendet av Apoteket AB under 2024. Enligt mätningen framkom att

läkemedelshanteringen fungera väl och att det finns ett stort engagemang hos personalen för läkemedelsrelaterade frågor. Förbättringsförslag efter granskningen har tagits tillvara och arbete har skett utifrån framtagna åtgärdsplan med gott resultat.

Analys av egenkontroll avseende dokumentation och kvalitetsregister: En ändamålsenlig, tillgänglig och säkrad journalföring och informationsöverföring i vårdkedjan är en förutsättning för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation i patientjournalen granskas regelbundet enligt gällande författningar. Legitimerad personal ska även två gånger/år genomföra en journalgranskning på minst 10% av HSL-journalerna i verksamheten. Analys av resultatet genomförs tillsammans av verksamhetschef och legitimerad personal, vilket dokumenteras och skickas till företagets MAS.

Vid granskning av dokumentation har bedömning gjorts att den generellt är adekvat avseende omfattning och innehåll. I journalsystemet LifeCare finns systemstöd som gör att omvårdnadspersonalens dokumentation som gör att stora delar av denna blir standardiserad utifrån registrering som personalen gör på olika sätt kopplat till exempelvis utförande av HSL-uppdrag och formulär för vårdbegäran. Detta bidrar som ett stöd till att rätt uppgifter dokumenteras på rätt sätt för omvårdnadspersonalen.

I palliativregistret har registrering gjorts för berörda patienter på boendet. Registrering har gjorts regelbundet i kvalitetsregistret i Senior alert och riskbedömningarna har i det löpande arbetet använts på ett bra sätt för att vidta adekvata förebyggande åtgärder som följts upp av legitimerad personal ihop med omvårdnadspersonal vid teamträffar och dagliga avstämningar på boendet.

Analys av egenkontroll vårdhygien och självskattning av basala hygienrutiner: Verksamheten lämnar ut självskattning av basala hygienrutiner till samtlig omvårdnadspersonal i tjänst på förutbestämt datum. Verksamheten gör även en hygienobservation enligt mall för två omvårdnadspersonal per avdelning. Verksamheten gör en vårdhygienisk egenkontroll. Analys, sammanställning av resultaten och eventuella åtgärdsplaner görs av sjuksköterska och hygienombud tillsammans med verksamhetschef. Analys och eventuella åtgärdsplaner skickas in till företagets MAS.

I hygienobservationen har det förekommit bristande följsamhet gällande klädregler, då det noterats att enstaka personal återanvänt arbetskläder från ett tidigare arbetspass. Detta har förekommit både på boendet och inom hemtjänsten. Resultatet gällande handspritsanvändning har varit tillfredsställande inom hela verksamheten, säkert har den allmänna medvetenheten hos gemene man om handdesinficering under pandemin skapat en förståelse för och vana av att använda detta. Avseende handskanvändning har inga brister noterats gällande underlåtenhet att använda sådana. Dock har personalen angett att de använder handskar i situationer som de inte behövs, vilket tyder på att det finns behov av att genomgående öka förståelsen. Region Östergötlands material har använts på

så sätt att Steg 1 utbildning i vårdhygien har visats för all personal. Uppföljnings sker vid fortsatta hygienronder.

Analys av vård i livets slut: Målsättningen är att tillgodose varje enskild individs specifika önskan vid vård i livets slut och verksamhetens skall säkerställa att arbetet med vård i livets slut ständigt analyseras, stärks och förbättras. Resultat från palliativregistret används för att analysera och identifiera brister, behov av förbättring och kvalitetssäkring. Analys genomförs årligen.

Det är svårt att exakt veta vad hemtjänsten kan förbättra när det gäller omvårdnaden till palliativa patienter när det inte går att ta del av resultatet från palliativa registret. Ett förbättringsförslag är att hemtjänsten får ta del av resultat från palliativa registret på patienter som respektive vårdgivare registrerat för både LAH-anslutna och hemsjukvåranslutna patienter, i samverkan med dessa utförare.

Resultatet på kvalitetsindikatorerna från palliativregistret på boendet är varierande. När det gäller ordination av läkemedel, mänsklig närvaro och smärtskattning sista levnadsveckan är resultatet 100 %. Dokumenterat brytpunktsbedömda där målvärdet är 98 % är resultatet 80 %. Resultatet för munhälsobedömning samt trycksår med målvärde 90 % är resultatet endast 70 %, vilket tyder på två områden att uppmärksamma och jobba vidare med. Personalen ser dagligen över hudkostymen på patienterna och rapporterar över till sjuksköterskorna vid risk för trycksår. Likaså är madrasser i gott skick, de flesta förebyggande, och tillgång till luftväxlande madrass finns vid behov som tillsammans med ordinerad lägesändring bidrar till att förebygga trycksår.

För egenkontroller inom socialtjänstlagens område i verksamheten utförs även dessa systematiskt utifrån ett årshjul i företagets ledningssystem. Avvikelse, synpunkter och klagomål sammanställs, analyseras och rapporteras månadsvis på samma sätt som för avvikelser som rör vårdskador. Dokumentationsgranskning av SoL-journal genomförs två gånger per år. Detta innebär en granskning av 10 % av slumpvis utvalda journaler avseende social dokumentation och genomförandeplaner. Loggkontroller avseende SoL-journal genomförs två gånger per år eller oftare vid behov. Förbättringsarbete avseende genomförandeplanernas innehåll har pågått under året. Detta utifrån att det i granskningen framkommit behov av att utveckla detta arbete.

Kvalitetsberättelse skrivs årligen för att sammanfatta det gångna året, övergripande analysera detta och planera för vidare kvalitetsarbete under kommande år. Aktuell kvalitetsberättelse skrivs för första gången efter att verksamheten övergick till Forenade Care som utförare.

5.3 Brukarundersökningar

Personcentrering utgör grundbulten för allt arbete i verksamheten, med utgångspunkt i ett rehabiliterande arbetssätt- och förhållningssätt i alla insatser som ges.

Möjlighet att vara med i utformningen av genomförandeplan utifrån sina förmågor och önskemål är en förutsättning för personcentrerat arbetssätt och delaktighet. För att stärka möjligheterna till delaktighet arbetar och bildar olika yrkesprofessioner ett team tillsammans med hemtjänsttagare, boende och närstående. I teamet sker planering och uppföljning av omsorgsinsatser. Teamet inhämtar information om önskemål och förbättringsförslag från boende och hemtjänsttagare genom bland annat brukarundersökningar och boenderåd.

Då verksamheten på Vifolkagården togs över från tidigare utförare under våren 2024 har resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning baserats på upplevelsen av tidigare utförares verksamhet. Resultatet har använts som utgångspunkt för åtgärder under året, men analys av vilka beslut eller prioriteringar som ligger bakom resultatet är något svårare att spekulera i kring hur tidigare utförare arbetat.

För boendet framkommer det i undersökningen att de gemensamma utrymmena inne på boendet ej upplevs trivsamma där endast 33% instämmer, jämfört med riksgenomsnittet på omkring 60 %. I samtal med boende framkommer att detta till stor del handlar om att enskild boendes beteende påverkar hur det upplevs att vistas i allmänna utrymmen. Flera åtgärder har vidtagits kring detta i samråd med personal, primärvårds- och psykiatriläkare, biståndshandläggare samt med kommunens kvalitetsansvariga MAS, MAR och SAS. Vid enstaka tillfälle har polishandräckning varit nödvändig. Fortbildning, handledning och extra resurser har satts in för att underlätta för personal har satts in för att möta minska beteendets påverkan på övriga boende.

Enligt undersökningens resultat upplever de boende utomhusmiljön kring boendet betydligt mer trivsam än riksgenomsnittet, men endast 24 % anser att det finns goda möjligheter att komma utomhus, jämfört med knappt 60 % för riket som helhet. Vissa begränsningar finns avseende att tränga hissar för att komma ut från övre plan. Utomhusaktiviteter har hållits regelbundet under den varma årstiden för att öka möjligheten att komma utomhus för de boende.

Gällande möjlighet till inflytande genom att personal tar hänsyn till önskemål och åsikter har endast 60 % av de boende upplevt att så sker jämfört med omkring 77 % på andra boenden. Personal har som ett led i detta utbildats i arbetet med genomförandeplaner och ansvaret som kontaktman på boendet, samt avseende att välkomna synpunkter och klagomål som en del i kvalitetsarbetet.

Inom hemtjänsten har två utvecklingsområden framkommit som handlar om tid och planering. På frågan "Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer", var svaret att 50 % tyckte att de kan påverka. 66% svarar att personalen kommer på avtalad tid. Hemtjänstgruppen ska meddela kunder om det blir förseningar, osissheten om hemtjänsten inte kommer på planerad tid kan leda till oro hos kunden. Att det kan vara svårt att påverka tiden kan bero på att kunder som ska ha läkemedel prioriteras för att de ska få läkemedel på utsatta tider.

Inom hemtjänsten finns även ett högre resultat jämfört med riket som bland annat rör hemtjänsttagarens upplevelse av personalen. På frågan "känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig?" svarar 97% att de gör det. Att känna en trygghet för personalen som ska utföra hemtjänst är betydande och viktig i dag när det är stor oro i samhället. Bemötande och inflytande i hemtjänsten visar resultat på hela 100% på frågan om personalen bemöter dig på ett bra sätt. Det är viktigt att fortsätta att bemöta våra kunder på ett bra sätt för att skapa trygghet.

På frågan "Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter och klagomål på hemtjänsten?" visar resultatet på att 65% vet det, vilket är högre än genomsnittet, men bör kunna öka ännu mer. Under året har hemtjänsten jobbat med att förbättra informationen genom att lämna broschyrer till kunderna så att kunden och/eller dess anhöriga själva ska kunna rapportera in synpunkter och klagomål.

Resultat av brukarundersökning för perioden då Forenede Care ansvarar för verksamheten erhålls först längre fram under 2025 varför analys kan göras fullt ut först då, även om utvecklingsarbetet är ständigt pågående.

6. Samverkan

Samverkan i team innebär att komplettera varandras kompetenser, främja kontinuitet samt skapa dialog för gemensamt lärande och beslutsfattande för att uppnå en god kvalitet.

Teamarbetet inom hemtjänsten baseras på att verksamhetschef, samordnare och en omvårdnadspersonal från hemtjänsten träffar legitimerad personal från kommunens hemsjukvård varannan vecka. Det multiprofessionella teamet går igenom komplexa ärenden, nya patienter och avlidna patienter. Även inkomna vårdbegäran, avvikelser, delegeringar, bearbetas samt att pågående HSL-insatser och insatta hjälpmedel utvärderas.

Kommunens legitimerade personal har även närvarat på verksamhetens APT samt hållit i kompetensutveckling efter behov. Utöver detta träffas även Verksamhetschef för hemtjänst kommunens HSL-chef för samverkan varannan vecka för att behandla gemensamma avvikelser samt frågor som kommit upp från multiprofessionellt team.

Internt på boendet har samverkan skett mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, verksamhetschef och omvårdnadspersonal regelbundet i form av teamträffar och avvikelseråd.

Vid in- och utskrivning av patienter till och från slutenvården sker samverkan i huvudsak via det gemensamma IT-stödet Cosmic Link samt att slutenvården rapporterar via telefon till legitimerad personal. En väl inarbetad rutin finns för att kvalitetssäkert arbeta med processen.

Kommunens MAS och MAR har haft en nära dialog med verksamheten kring utredningarbetet utifrån inkomna avvikelser. Kommunens MAS, MAR och SAS har även deltagit vid verksamhetsuppföljning tertialsvis under året ihop med Verksamhetschef för boendet och hemtjänsten.

Läkarmedverkan är nödvändigt för patientsäkerheten. Ramavtal finns mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland avseende läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Lokalt avtal har i samband med uppstart slutits med primärvården. Läkaransvaret för samtliga patienter inom boende och hemtjänst har Region Östergötland. Patientansvarig primärvårdsläkare har veckovis genomfört rond ihop med patientansvarig sjuksköterska både inom hemtjänst och inom boendet. I vissa fall kan även LAH inom Region Östergötland ha läkaransvaret för patienter anslutna dit.

Samarbetet med biståndshandläggare innebär att beställning skickas via journalsystemet LifeCare om nya beslut och förändring av pågående beslut som

ska utföras av boendets respektive hemtjänstens personal. En tätare samverkan med har skett i huvudsak i hemtjänsten, som ofta uppmärksammar förändringar som innebär att biståndshandläggaren kan behöva göra en ny bedömning. Även boendet har kontakt med biståndshandläggare i vissa fall.

Kommunen har särskild funktion för samordning kring matchning av enskilda till tomma platser. En nära samverkan sker mellan denna och i huvudsak verksamhetens samordnare för att uppdatera informationen om lediga lägenheter, förmedla information om vems som ska erbjudas ledig plats och planering av datum för start och därmed avslut av andra pågående insatser och liknande.

Samverkan har även skett med tandvården, i huvudsak Oral Care, som besöker många av de boende på Vifolkagården på plats. Framför allt har denna samverkan skett i tandvårdens kontakter med verksamhetens omvårdnadspersonal och sjuksköterskor för att säkerställa god mun- och tandhälsa för de boende.

Inom området för aktivering och god vardag har boendet haft flera samarbeten som varit pågående under året. Svenska kyrkan har hållit öppen gudstjänst på boendet för de boende, allmänheten och personer som bor på det närliggande trygghetsboendet var 4:e söndag. Varje helg har yngre frivilliga från Ung Omsorg anordnat varierade aktiviteter för de boende. Föreningen väntjänsten har anordnat öppen musikunderhållning med olika underhållare på plats på boendet en gång per månad. Detta har tillfört en stor variation av upplevelser, social samvaro och möjlighet till meningsfull vardag för de boende och även för de hemtjänsttagare som kommit för att delta i de öppna aktiviteterna.

7. Personal

7.1 Kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Verksamheten arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att en utsedd samordnare för hemtjänst respektive boendet fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I allt schemalägnings- och bemanningsarbete eftersträvas en hög personalkontinuitet samt en jämn fördelning av utbildad och erfaren personal.

På boendet har HSL-personalen bestått av konsulter till viss del. En av boendets två ordinarie sjuksköterskor slutade under året och ersattes med två timanställda under rekrytering av ny sjuksköterska. Fysioterapeut och arbetsterapeut har varit på konsultbasis under året fram till dess att fysioterapeut började i september och fysioterapeut i november 2024.

Vid nyanställning prioriteras undersköterskor till tillsvidareanställning. Under 2024 har även tre medarbetare deltagit i undersköterskeutbildning på arbetstid via Kunskapslyftet för att höja grundkompetensen. I hemtjänsten utses endast utbildade undersköterskor som patientens fasta omsorgskontakt för att bibehålla hög kunskapsnivå.

På boendet finns en särskild demensavdelning där personal som har specifik kompetens och erfarenhet kring detta. Vid behov av vikarietillsättning eftersträvas kontinuitet i personalgruppen för denna målgrupp. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.

Personal som har erfarenhet av demensvård prioriteras till patienter med demenssjukdom i hemtjänsten i möjligaste mån. Detta skulle på sikt kunna vidareutvecklas till specialiserade team riktade mot specifika målgrupper såsom demens. Detta skulle även kunna bli aktuellt för andra formerna av specifikt kompetensbehov såsom ALS, palliativ vård eller psykiatri.

7.2 Personalomsättning

Då verksamheten togs över från tidigare utförare under 2024 uppstod en del vakanser för personal som tackade nej till verksamhetsövergången. Bland omvårdnadspersonalen har den totala personalomsättningen varit 26 % inom hemtjänsten och på boendet 18 % under året.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut har anställts under hösten och dessförinnan har konsulter varit på plats i verksamheten. En av boendets två legitimerade sjuksköterskor har slutat under året och två timanställda sjuksköterskor har arbetat i verksamheten under rekrytering av ny sjuksköterska.

På boendet har det under året varit två olika verksamhetschefer, en verksamhetschef med kompetens som socionom och därefter en verksamhetschef med grundkompetens som sjuksköterska. Verksamhetschefen för hemtjänsten har grundkompetens som sjuksköterska. Under perioden då verksamhetschef på boendet inte haft HSL-kompetens har detta säkerställts genom att verksamhetschef för hemtjänsten varit HSL-ansvarig på boendet.

7.3 Sjuktal

Medarbetarna är verksamhetens viktigaste tillgång för att nå målen som sätts upp för verksamheten och att uppnå en hög kvalitet i omvårdnaden. Forenade Care arbetar kontinuerligt med personalvård och det systematiska kvalitetsarbetet för att nå resultat.

Våra medarbetare är värdefulla och avgörande för att förverkliga god vård och omsorg. Forenade Care tror att våra medarbetares motivation och engagemang ökar när de känner delaktighet och uppskattning. Genom att skapa en bra arbetsmiljö där alla strävar mot samma mål och tar ansvar för verksamheten kan ständiga förbättringar åstadkommas. Forenade Care eftersträvar hög kompetens hos våra medarbetare och förståelse för de boendes situation och behov i livets alla skeden.

Chefer och medarbetare har utifrån olika kompetenser och ansvarområden tillsammans ett ansvar för verksamhetens uppdrag och måluppfyllnad. Ett bra arbetsklimat och närvarande ledarskap är dessutom en förutsättning för att värdegrunden ska genomsyra hela verksamheten och skapar engagemang, prestation och utveckling av verksamheten.

Forenade Cares målsättning är att minska sjuktalet med 1 procentenhet jämfört med föregående år. Verksamheten som helhet har under året haft genomsnittlig korttidsfrånvaro på 3,99 % och långtidsfrånvaro på 1,18 %. Då verksamheten inte varit igång under föregående år finns dock inget referensvärde att jämföra med.

Arbetet med att främja medarbetarnas hälsa, att följa upp frånvaro, göra nödvändiga anpassningar under perioder om så krävs, samverka med läkare, eventuell rehabkoordinator och Försäkringskassa är ständigt pågående för att förebygga frånvaro och vid frånvaro på olika sätt stödja återgång i arbete.

7.4 Arbetsskador och tillbud

Forenade Care strävar efter en god arbetsmiljö för alla medarbetare med samhörighet och delaktighet. Medarbetare och deras fackliga ombud ska involveras i utvecklingsfrågor för att hitta lösningar hos dem som arbetar närmast

våra boende, för att möta framtidens behov, för att uppnå förbättringar eller förändringar.

Verksamheten använder IA-systemet för rapportering av tillbud och arbetsskador. Under året har en underrapportering upplevts. Endast en händelse har rapporterats under 2024. Den rapport som lämnats har rört skada då personal slagit i utrustning i lokalen och anmälts som arbetsskada. I hemtjänsten förekommer det tre händelser som på olika sätt rör färdolycksfall. Åtgärder som vidtagits är bland annat genomgång av hur rapporteringen går till och varför den görs på APT.

En bidragande orsak är bristande rapportering är att verksamheten under året saknat skyddsombud. Skyddsombudet har en central roll i arbetsmiljöarbetet, att tillsammans med arbetsgivaren lyfta frågorna och stödja i uppmärksammande och rapportering.

Personal i verksamheten har tillfrågats och uppmuntrats att bli skyddsombud av både facklig organisation och inom verksamheten, men ingen anställd har varit beredd att ta på sig uppdraget. Regionalt skyddsombud har via facklig organisation utsetts först i början av 2025.

Övrigt arbetsmiljöarbete har pågått genom bland annat dialog vid APT samt riskanalyser utifrån personals arbetsmiljö ihop med verksamhetens medarbetare.

7.5 Kompetensutveckling

Att arbeta med kompetensutveckling är en viktig del av verksamhetens kvalitetsarbete och medarbetarnas välmående och utveckling. Verksamheten arbetar därför med individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna och övergripande kompetensutvecklingsplan för verksamhetens utifrån de behov och önskemål som finns.

Varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan som fastställs under medarbetarsamtalet för att fånga upp och diskutera kompetensutvecklingsbehov på individnivå. För verksamheten som helhet görs årligen en övergripande kompetensutvecklingsplan som rör all personal.

All personal genomgår vid introduktion och därefter årligen fortbildning kring läkemedel, diabetes och vårdhygien via Evikomp som är ett digitalt utbildningsverktyg. Detta gäller både för personal som tar delegering för övrig personal, för att säkerställa att all personal har kompetens kring avvikande tillstånd, symptom och biverkningar.

Under 2024 har fokus i och med verksamhetsövergången varit framför allt på internutbildning för att delge den kompetensutveckling som finns internt inom Forenede Care.

Utbildningsinnehåll har valts både utifrån vad som uppkommit i kvalitetsarbetet på olika sätt, omständigheter kring nya patienter och deras behov, och utifrån att

säkerställa grundläggande kunskaper inom viktiga områden som omvårdnadspersonal. Personal har bland annat utbildats i avvikelserapportering samt tillbudsrapportering i samband med APT. För hemtjänsten har bland annat grundutbildning i att tvätta kläder och bädda sängar hållits utifrån synpunkter på detta från hemtjänsttagarna.

Boendets kockar har fått genomgående fortbildning av företagets kökschef avseende bland annat livsmedelshygien, egenkontroller och specialkost. Leva-livet-inspiratör har fått fortbildning genom öppna seminarier och nätverksträffar för leva-livet-inspiratörer inom företaget.

All personal har under året fått fortbildning i lex Sarah och lex Maria samt i hur avvikelser praktiskt registreras i systemet, sin egen roll i patientsäkerhetsarbetet, vad som händer vid utredning och delaktighet i åtgärder för att få en förståelse för kvalitetsarbetet.

På boendet finns egen legitimerad personal på plats som handleder och utbildar övrig personal efter behov som uppstår i vardagen, vid daglig avstämning, vid teamträffar, avvikelseråd och APT. Inom hemtjänsten finns kommunens legitimerade personal som handleder via telefon, gemensamma besök, multiprofessionella teamträffar och bjuds in till APT.

På boendet har personal under 2024 fått fortbildning och handledning i lågaffektivt bemötande av rehabpersonalen utifrån patientbehov. Tidvis har särskild personal med längre erfarenhet av detta arbetssätt varit avsatt för detta som extra resurs för att bibehålla hög kompetens utifrån behovet.

Hygiensköterska från Region Östergötland har hållit utbildning i vårdhygien för omvårdspersonalens hygienombud under hösten 2024. Personal från Beroendeenheten i Regionen samt kommunens demenssjuksköterska har deltagit under hemtjänstens APT för kompetensutveckling utifrån nytillkomna patienter. Hemsjukvårdschef har utbildat personalen gällande avvikelser.

LAH har bjudits in för att utbilda i palliativ vård, men har fått förhinder och planeras att hålla i detta under 2025. Under tiden utgår arbetet med palliativ vård från Handbok i palliativ vård i livets slutskede för personal i östra Östergötland.

Vårdhandboken används också som digitalt stöd för kunskap och utvalda teman skickas ut i samband med veckobrev till personalen efter behov i verksamheten av kompetensutveckling.

Chefer och samordnare finns tillgängliga för att ge personalen daglig handledning i olika vårdmoment. Frågeställningar som i handledningen fångas upp säkerställs även tillsammans med samtlig personal genom olika mötesforum som APT, skriftlig veckoinformation, morgonavstämningar och daglig avstämning med mera. Fortsatt kompetensutveckling under kommande år planeras i samråd med Mjölby kommun som ny utförare från mitten av april 2025.

Patientsäkerhetsberättelse för Forenede Care Vifolkagården 2024



2025-02-26

Ansvarig för innehållet:
Elaine Wiklund, verksamhetschef Hemtjänst
Josefine Lundh, verksamhetschef Boendet

Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"
Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu	21
Riskhantering	22
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29

SAMMANFATTNING

Verksamheten har arbetat med patientsäkerhet utifrån gällande lagar och regler som styr hälso- och sjukvården. Verksamheten övertogs av Forenede Care från tidigare utförare på uppdrag av Mjölby kommun den 1 april 2024.

Vifolkagården består av verksamhet inom både boende och hemtjänst. Hemtjänsten utgår från boendet och besöker regelbundet omkring 160 patienter per dag vardagar och något mindre på helger, sammantaget motsvarande omkring 410 timmar per vecka. Boendet i centrala Mantorp består av två korttidsplatser samt 44 platser för särskilt boende för äldre, varav 9 med demensinriktning och övriga med somatisk inriktning.

Verksamhetens övergripande mål är att bedriva en trygg och säker vård, med hög kvalitet, där patienterna känner trygghet och delaktighet. En öppen kommunikation både med patienter och närstående eftersträvas. Målsättningen är också att all personal ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metodik så att en säker vård och omsorg kan ges.

Till stöd i patientsäkerhetsarbetet finns internt ledningssystem, årshjul för egenkontroller och lokala riktlinjer och föreskrifter. I verksamheten på Vifolkagården finns även rutiner och riktlinjer samt en nära samverkan med kommunens MAS och MAR. Avvikelse, synpunkter och klagomål är en viktig källa för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Under våren 2025 övergår verksamheten i kommunal regi. Arbetet i början av 2025 kommer därför huvudsakligen att bestå i att göra en så god och säker överlämning som möjligt till Mjölby kommun och fortsatt arbeta utifrån det systematiska kvalitetsarbetet för att kunna överlämna en så säker och trygg verksamhet som möjligt. Genom att övergången i sig ska påverka verksamhetens patienter så lite som möjligt säkerställs patientsäkerheten under det kommande året.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Verksamhetens förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet. Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvårdsarbetet på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Patientsäkerhetsarbetet utgår från den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada". Verksamheten ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) upprätthålls.

Till stöd i patientsäkerhetsarbetet finns ett ledningssystem (SOSFS 2011:9) som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska vara ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetssätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser.

Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Verksamheten vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Personal uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Patienter och deras närstående ska känna sig trygga med att framföra synpunkter och klagomål. Detta uppnås genom dialog med både patient, närstående, omvårdnadspersonal, chef, samordnare och legitimerad personal för att uppmuntra och fånga upp patientens perspektiv på olika sätt.

Organisation och ansvar

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

Forenade Cares verkställande direktör har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Forenade Care har som vårdgivare ett ansvar

att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Regionchef inom företaget ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Regionchefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-, miljö- och arbetsmiljörelaterade åtgärder.

Verksamhetschef leder verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Verksamhetschefen svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras. Verksamhetschefen ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

På Vifolkagården finns två verksamhetschefer, en för boendet och en för hemtjänsten. HSL-ansvarig chef på boendet har medicinska ledningsansvaret, vilket innebär bland annat kontinuerliga möten mellan verksamhetschef och legitimerad personal för avstämning, bedömning och uppföljning och beslut i strategiska och operativa HSL-frågor som rör vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Rollen innebär även att leda och samordna verksamhetens HSL-arbete, ansvara för att genomföra egenkontroller enligt gällande författningar såsom hygien, delegering och läkemedel, att övervaka att dokumentationen sker enligt gällande författningar och lagar i aktuellt dokumentationssystem samt att ansvara för att medicinska avvikelser rapporteras, åtgärdas samt följs upp och återkopplas till berörda parter i den omfattning som krävs. HSL-ansvarig chef har fram till mitten av oktober varit hemtjänstens Verksamhetschef och efter det boendets Verksamhetschef, beroende på kompetens inom hälso- och sjukvård.

All personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att utifrån verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att varje boende får vård utifrån sina behov. Sjuksköterskan ansvarar även för att säkerställa och bedöma omvårdnadspersonalens kunskap inför delegering att utföra medicinska uppdrag. Förflyttningsteknik finns som utbildning i evikomp att genomföra varje år .

Paramedicinsk personal (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt compensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av målluppfyllelse inom verksamheten.

I hemtjänsten på Vifolkagården ansvarar Mjölby kommuns legitimerade personal för de patienter som tillhör hemsjukvården. Det kan också vara LAH eller sjuksköterska på

vårdcentralen i Region Östergötland som ansvarar över patienten. För patienter på boendet ansvarar Forenade Care för egen legitimerad personal. Jourtid finns jourjuksköterska via entreprenad för boendets patienter. Inom Forenade Care finns även egen MAS samt Kvalitetschef som fungerar som stöd för Verksamhetschef i arbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Samtliga medarbetare kan utgöra hälso- och sjukvårdspersonal utifrån legitimation eller delegering.

Verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser samt är delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund. Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal är kontaktperson till minst en boende och de är ansvariga för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet. Kommunens MAR och MAS har ansvar för verksamheten på Vifolkagården i nära samverkan med Forenade Cares interna MAR och MAS.

Patientansvarig läkare har ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaransvaret för samtliga patienter inom boende och hemtjänst har Region Östergötland. Ramavtal finns mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland avseende läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Lokalt avtal har i samband med uppstart slutits med primärvården på Mantorps Vårdcentral.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser på regional och kommunal nivå, om bland annat läkarinsatser och samverkan vid utskrivning från slutenvård vid inflyttning.

Patientansvarig primärvårdsläkare kommer till boendet och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och har veckovis genomfört rond ihop med patientansvarig sjuksköterska för samtliga patienter inom boendet. Under rond på boendet sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av patienternas mående.

För de patienter som är anslutna till kommunens hemsjukvård har sjuksköterska därifrån genomfört veckovis rond med läkare. Läkare inom LAH inom Region Östergötland har läkaransvaret för patienter inom hemtjänsten som är anslutna dit.

Verksamheten har även ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare för telefonkonsultationer och eventuella akuta hembesök dagtid helgfria vardagar, eller jourhavande läkare vid behov. Regelbunden samverkan finns mellan HSL-ansvarig chef på boendet och ansvarig verksamhetschef på Mantorps vårdcentral.

Under jourtid på boendet finns journalsjuksköterska via entreprenad från närliggande utförare. Journalsjuksköterska är tillgänglig via telefon för boendets personal för konsultation och bedömning samt gör hembesök efter behov under jourtid. Rapportering till och från boendets sjuksköterskor sker vid slutet av varje arbetspass via journalsystemet samt via telefonkontakt vid behov. HSL-ansvarig chef på boendet har regelbunden samverkan med ansvarig chef för jourverksamheten.

Vid in- och utskrivning av patienter till och från slutenvården sker samverkan i huvudsak via det gemensamma IT-stödet Cosmic Link samt att slutenvården rapporterar via telefon till legitimerad personal. En väl inarbetad rutin finns för att kvalitetssäkert arbeta med processen.

Teamarbetet kring varje patient är en annan viktig samverkan som bidrar till patientsäkerheten. Samverkan i team innebär att träffas för att komplettera varandras kompetenser, främja kontinuitet samt skapa dialog för gemensamt lärande och beslutsfattande. Detta för att uppnå en god och säker hälso- och sjukvård. Internt på boendet har samverkan skett mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, verksamhetschef och omvårdnadspersonal regelbundet i form av teamträffar och avvikelseråd.

Teamarbetet inom hemtjänsten baseras på att verksamhetschef, samordnare och omvårdnadspersonal från hemtjänsten träffar legitimerad personal från kommunens hemsjukvård varannan vecka. Teamet kallas för multiprofessionellteamet. Där går teamet igenom komplexa ärenden, nya patienter och avlidna patienter. Även inkomna vårdbegäran, avvikelser, delegeringar, bearbetas samt att pågående HSL-insatser och insatta hjälpmedel utvärderas.

Kommunens legitimerade personal har även närvarat på verksamhetens APT samt hållit i kompetensutveckling efter behov. Utöver detta träffas även Verksamhetschef för hemtjänst kommunens HSL-chef för samverkan varannan vecka för att behandla gemensamma avvikelser samt frågor som kommit upp från multiprofessionellt team. Kommunens MAS och MAR har även deltagit vid verksamhetsuppföljning tertialsvis under året ihop med Verksamhetschef för boendet och hemtjänsten.

Samverkan kring vårdhygien har bestått i att hygiensköterska från Region Östergötland har hållit utbildning i vårdhygien för omvårdspersonalens hygienombud via teams under hösten 2024. Personal från Beroendeenheten i Regionen samt kommunens demenssjuksköterska har bjudits in till hemtjänstens APT för kompetensutveckling utifrån patienter med specifika behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten hanterar varje dag mängder av information om patienternas hälsa och personliga omständigheter som behöver hanteras på säkert sätt. Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom verksamheten används systemstödet LifeCare för journalhantering både på boendet och i hemtjänsten. Hemtjänsten använder även appen Appva för signering av hälso- och sjukvårdsuppdrag. Inloggning till LifeCare på dator görs med personligt användarnamn och

lösenord i låst kontorsutrymme. Hemtjänsten loggar in i LifeCare via mobiltelefon med tvåfaktorauslösningskod och i Appva med personligt användarnamn och lösenord. Systemen ägs och driftas av Mjölby kommun.

Boendet använder läkemedelspärmar som hålls inlåsta i skåp i varje patients lägenhet samt signerar HSL-uppdrag via LifeCare. Inom hemtjänsten används listor i pappersform i stället för Appva för de patienter som är kopplade till LAH Region Östergötland.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Svensk E-identitet för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna. Både SITHS-kort och lösenord krävs för inloggning mot Region Östergötlands system samt kvalitetsregister.

Behörigheter för personal som slutar sin anställning avaktiveras i systemen för att undvika att obehöriga har tillträde till informationen. Övergripande direktiv finns för egenkontroller, loggning avseende användning av journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister.

All kommunikation kring patienterna sker muntligt personligen eller via telefon i enskilt utrymme, eller via säker meddelandefunktion i journalsystemet LifeCare. Informationen läses i journalsystemet och skrivs ej ut eller sparas på annat sätt. Detta för att minimera mängden utskriven information som kan riskera att komma i orätta händer.

Handlingar som tillhör patientjournalen som inkommer i pappersform till verksamheten scannas till LifeCare och insamlas i låst sekretesskärl som töms av underentreprenör med högt ställda krav på säker hantering. Arkiverade signeringslistor förvaras i låst arkivskåp på sjuksköterskeexpeditionen. Använda apodospåsar innehåller personuppgifter och kastas i samband med att läkemedel ges i papperskorgen i patientens egen lägenhet eller i sekretesskärl.

För att minska risken för intrång genomgår samtlig personal inom Forenede Care även regelbundet digitala utbildningar inom bland annat informationssäkerhet, GDPR och ransomware-attacker.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten bedriver ej något arbete som rör joniserande strålning.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. All personal involveras kontinuerligt i analys och åtgärder i alla delar av patientsäkerhetsarbetet för att öka delaktigheten och bidra till säkerhetskultur.



Förbättringsarbete bedrivs i teamet utifrån rapportering av synpunkter klagomål, avvikelser och andra risker om identifieras i verksamheten. Riskbedömning görs även i verktyget Senior Alert av omvårdnadspersonal och sjuksköterska för patienterna på boendet regelbundet för att fånga upp, planera och förebygga risker för äldre.

Verksamhetens personal har under 2024 fått utbildning i både att ta emot synpunkter och klagomål från patienter, deras anhöriga och andra närstående och även i avvikelserapportering och varför det är viktigt under 2024. HSL-chef från kommunen har även hållit utbildning om avvikelser för personalen under hösten 2024.

För att uppmuntra fortsatt rapportering har resultat av avvikelser och synpunkter återkopplats med uppmuntran till diskussion och reflektion till personal under APT, och vid avstämningar och i veckobrev till personal, samt vid boendets teamträffar respektive multiprofessionellt team för hemtjänsten. Utbildning har även genomförts gällande rapportering av risker för arbetsmiljö i verksamhetens system för detta, IA, under hösten 2024.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Verksamheten arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att en utsedd samordnare för hemtjänst respektive boendet fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I allt schemalägnings- och bemanningsarbete eftersträvas en hög personalkontinuitet samt en jämn fördelning av utbildad och erfaren personal.

Som omvårdnadspersonal på boendet och i hemtjänsten anställs utbildade undersköterskor. Även vårdbiträden jobbar i verksamheten som både ordinarie personal och vikarier. Andelen av personalen som är utbildade undersköterskor är 73 % på boendet och 78 % inom hemtjänsten.

Vid nyanställning prioriteras undersköterskor till tillsvidareanställning. Under 2024 har även tre medarbetare deltagit i undersköterskeutbildning på arbetstid via Kunskapslyftet för att höja grundkompetensen. I hemtjänsten utses endast utbildade undersköterskor som patientens fasta omsorgskontakt för att bibehålla hög kunskapsnivå.

På boendet finns en särskild demensavdelning där personal som har specifik kompetens och erfarenhet kring detta. Vid behov av vikarietillsättning eftersträvas kontinuitet i personalgruppen för denna målgrupp. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.

Personal som har erfarenhet av demensvård prioriteras till patienter med demenssjukdom i hemtjänsten i möjligaste mån. Detta skulle på sikt kunna vidareutvecklas till specialiserade team riktade mot specifika målgrupper såsom både demens, men även för andra behov såsom ALS, palliativ vård, psykiatri etc.

Verksamhetschefen för hemtjänsten har grundkompetens som sjuksköterska. På boendet har det under året varit två olika verksamhetschefer, en verksamhetschef med kompetens som socionom och därefter en verksamhetschef med grundkompetens som sjuksköterska. Under perioden då verksamhetschef på boendet inte haft HSL-kompetens har detta säkerställts genom att verksamhetschef för hemtjänsten varit HSL-ansvarig på boendet.

Då verksamheten togs över från tidigare utförare under 2024 uppstod en del vakanser för personal som tackade nej till verksamhetsövergången. Bland omvårdnadspersonalen har den totala personalomsättningen varit 26 % inom hemtjänsten och på boendet 18 % under året.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut har anställts under hösten och dessförinnan har konsulter varit på plats i verksamheten. En av boendets två legitimerade sjuksköterskor har slutat under året och två timanställda sjuksköterskor har arbetat i verksamheten under rekrytering av ny sjuksköterska.

Varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan som fastställs under medarbetarsamtalet för att fånga upp och diskutera kompetensutvecklingsbehov på individnivå. För verksamheten som helhet görs årligen en övergripande kompetensutvecklingsplan som rör all personal.

All personal har under året fått fortbildning i lex Sarah och lex Maria samt i hur avvikelser praktiskt registreras i systemet, sin egen roll i patientsäkerhetsarbetet, vad som händer vid utredning och delaktighet i åtgärder för att få en förståelse för kvalitetsarbetet.

All personal genomgår vid introduktion och därefter årligen fortbildning kring läkemedel, diabetes och vårdhygien via Evikomp som är ett digitalt utbildningsverktyg. Detta gäller både för personal som tar delegering som för övrig personal, för att säkerställa att all personal har kompetens kring avvikande tillstånd, symptom och biverkningar.

Vårdhandboken används också som digitalt stöd för kunskap och utvalda teman skickas ut i samband med veckobrev till personalen efter behov i verksamheten av kompetensutveckling. Chefer och samordnare finns tillgängliga för att ge personalen daglig handledning i olika vårdmoment. Frågeställningar som i handledningen fångas upp säkerställs även tillsammans med samtlig personal genom APT, morgonavstämningar med mera.

På palliativa registrets hemsida finns kunskapsstöd till personal i fickformat att används som stöd när personal vårdar palliativa patienter. Eller sitter som mänsklig närvaro. På boendet finns egen legitimerad personal på plats som handleder och utbildar övrig personal efter behov som uppstår i vardagen, vid daglig avstämning, vid teamträffar, avvikelseråd och APT. Inom hemtjänsten finns kommunens legitimerade personal som handleder via telefon, gemensamma besök, multiprofessionella teamträffar och bjuds in till APT.

På boendet har personal under 2024 fått fortbildning och handledning i lågaffektivt bemötande av rehabpersonalen utifrån patientbehov. Tidvis har särskild personal med längre erfarenhet av detta arbetssätt varit avsatt för detta som extra resurs för att bibehålla hög kompetens utifrån behovet.

Hygiensköterska från Region Östergötland har hållit utbildning i vårdhygien för omvårdspersonalens hygienombud under hösten 2024. Personal från Beroendeenheten i Regionen samt kommunens demenssjuksköterska har deltagit under hemtjänstens APT för kompetensutveckling utifrån nytillkomna patienter.

LAH har bjudits in för att utbilda i palliativ vård men har fått förhinder och planeras att hålla i detta under 2025. Under tiden utgår arbetet med palliativ vård från Handbok i palliativ vård i livets slutskede för personal i östra Östergötland. Även från material som finns att hämta från palliativa registrets hemsida.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är delaktighet. Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård.



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. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

I samband med bedömning, utredning och beslut om behandling involveras patienten och patientens anhöriga för att få kunskap om personfaktorer som kan påverka och för att patienten ska kunna vara delaktig i beslut som fattas om patientens vård och behandling.

Grunden till detta arbete inleds direkt när patienten börjar få hemtjänst eller får en plats på boendet. Inom hemtjänsten träffar nya patienten sin fasta omsorgskontakt inom två veckor för samtal om patientens önskemål, en genomförandeplan skrivs tillsammans med patient och omsorgskontakt. Inför flytt till boendet får boende och/eller närstående en folder där verksamheten beskrivs tydligt.

Inom två veckor från att patienten flyttar in på boendet träffar patienten och eventuella anhöriga, närstående och/eller god man patientansvarig sjuksköterska samt omvårdnadspersonal som är patientens kontaktman på boendet för välkomstsamtal. Patientens fasta omsorgskontakt genomför motsvarande samtal via hembesök.

Vid avvikelser där patient är berörd förs i utredningen samtal med patienten om patientens upplevelse av händelsen. I samband med detta inhämtas även patientens syn på vad som skett och vad som kan göras för att förebygga att det händer igen. De patienter och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enlighet med 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Information om synpunkter och klagomål lämnas till patienter och deras anhöriga i samband med att nya patienter flyttar in på boendet eller börjar få hemtjänst. På boendet bjuds patienterna regelbundet in till att delta i boenderåd, för att ge tillfälle att ta upp önskemål och att uppmuntra patienterna till att inkomma med synpunkter och klagomål, men också ge positiv återkoppling för att behålla sådant som fungerar väl och uppskattas.

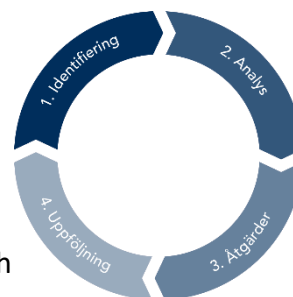
Nyhetsbrev skickas regelbundet ut via e-post till anhöriga och andra närstående till patienterna på boendet. I samband med detta uppmuntras även de att inkomma med synpunkter för att bidra till ökad kvalitet.

Verksamhetschef och samordnare finns också tillgängliga för frågor och samtal för patienter och deras närstående både inom hemtjänsten och på boendet. På boendet finns dessa på plats, inom hemtjänsten är de nåbara via telefon samt att hembesök bokas för samtal vid behov.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Verksamheten tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Egenkontroller är ett strukturerat sätt för verksamheten att säkerställa att processer, riktlinjer och rutiner som är fastställda för verksamheten efterlevs och för att kvalitetssäkra sitt uppdrag och utförande.

För identifierade brister ska handlingsplan upprättas och inrapportering med verksamhetens sammanställning, analys och åtgärdsplaner för förbättring och utveckling inom patientsäkerhetsområdet ska utföras enligt fastställt årshjul.

Inrapportering till Forenade Care:s MAS och verkställande ledning har som syfte att tydliggöra och identifiera behov av utvecklingsarbete för ökad patientsäkerhet som en del av det systematiska kvalitetsarbete vårdgivaren har skyldighet att bedriva. Inrapporteringen till MAS sker parallellt som verksamheten arbetar med SKR analysverktyg.

Verksamhetschef är ansvarig för att egenkontroller, analyser och inrapportering sker i multiprofessionella team med berörda professioner utförs enligt tidsplan. Uppdraget delegeras ofta till berörd legitimerad personal, men analyser och åtgärdsplanering skall utföras i samverkan för att skapa samsyn och gemensamma målbilder för utvecklingen framåt. Egenkontroller HSL är en del av en helhet i ansvaret att följa upp, utvärdera och arbeta med ständiga förbättringar i verksamheten.

Månadsanalys avvikelser HSL: Verksamheten utför varje månad avvikelseråd för boendet och multiprofessionellt team på hemtjänsten. Månadsanalys av avvikelser som görs gemensamt i teamet för att se mönster och gemensamma teman för att kunna vidta åtgärder på övergripande nivå och dokumentationen från detta skickas månadsvis till företagets MAS.

I analysarbetet har vissa mönster på verksamhetsnivå kunnat skönjas och analyseras. Flera rutinförändringar och förtydliganden har tillkommit till följd av detta arbete.

Infektionsregistrering: Systematisk sammanställning av infektioner görs för att kunna genomföra analys och vidta lämpliga förebyggande åtgärder. Forenade Cares MAS har vidare kontakt med Vårdhygien i respektive region samt STRAMA utifrån behov. Vid sammanställning konstateras att vårdrelaterade infektioner hållits på en låg nivå.

Patientsäkerhetsberättelse: Varje verksamhet sammanställer sin berättelse som årligen skickas till MAS. Syftet är att påvisa patientsäkerhetsarbetet och vidtagna åtgärder i syfte att säkerställa ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelsen skall vara ett levande dokument och finnas med och dokumenteras i under hela året. Arbete med patientsäkerhetsberättelsen sker tillsammans med tillhörande implementeringsplan och även med hjälp av verksamhetens utvecklingsplan för patientsäkerhet.

Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen sedan verksamheten övergick i Forenade Cares regi under 2024 har slutförts för första gången under 2025 i februari enligt rutin. Spridning sker internt inom Forenade Care samt att berättelsen inlämnas till Mjölby kommun som uppdragsgivare.

Loggkontroll NPÖ: Varje verksamhetschef hämtar logg för avsedd period. Kontroll av behörighet/vårdrelation sker utifrån en matris för loggkontroll vid minst två tillfällen per år.

Under året har det i verksamheten identifierats brister i följsamhet hos en anställd. Ärendet hanterades som personallärende. Inga liknande incidenter har därefter konstaterats trots tillfälligt ökad kontrollfrekvens efter händelsen, men händelsen har belyst vikten av att genomföra kontroller för att skydda integriteten för samtliga patienter.

Loggkontroll dokumentationssystem: Verksamhetschef ansvarar för loggkontroll 4 gånger per år för att säkerställa att brott mot sekretesslagen ej skett, genom att obehörig inloggning och intrång i journal utan behörighet eller vårdrelation har skett. Eventuella brister rapporteras enligt rutin. Vid de loggkontroller som har genomförts under 2024 har inga brister avseende detta kunnat identifierats vara sig på boendet eller i hemtjänsten.

Analys av följsamhet och egenkontroll MTP: Hanterings- och säkerhetskontroll skall utföras för att garantera tillförlitlighet för MTP som är inköpta av Forenade Care och som används i verksamheten utifrån gällande lagkrav. Signering sker på inventarielistan och inrapportering till MAS sker årligen för att följa upp att kontroller utförts.

Analys genomförs enligt årshjul i början av året och generellt sett redan före verksamheten övertogs för 2024. I samband med övertagandet av verksamheten har MTP-genomgång utförts i samverkan med tidigare utförare. Då verksamheten startade under våren 2024 sker första tillfället under början av 2025.

Analys utbildning och kompetenssäkring för säkra förflyttningar: Analys utförs en gång om året av legitimerad personal i samverkan med verksamhetschef. Analysen avser att öka medvetenhet kring behovet att säkerställa och höja kompetens inom området samt en fortlöpande planering för att säkerställa att utbildningen genomförs enligt utbildningsplan för både ordinarie personal och timvikarier i verksamheten.

Analysen visar ett behov hos framförallt nyanställd personal, men även bland ordinarie personal finns det behov av att fräscha upp kunskaper, genomgång av specifika tekniker och dylikt. Som åtgärd har utbildning planerats under våren 2025. Då verksamheten övergår i kommunal regi i april 2025 kommer planerad utbildning under våren ej kunna genomföras i Forenade Cares regi. Resultatet av analysen lämnas därför över till Mjölby kommun.

Nattfastemätning och analys av nattfastemätning: Nattfastemätning utförs två gånger per år med syfte att identifiera och vidta åtgärder på individ- och organisationsnivå för att bryta nattfastan och minska ofrivillig nattfasta till under riktvärdet på högst 11 timmar. Mätningen görs för alla patienter på boendet som inte motsätter sig mätningen. Sammanställning av resultatet skickas in till Forenade Cares MAS som samverkar med intern Måltidsutvecklare och verksamheten kring övergripande åtgärder.

Under mätningen på boendet konstateras att flera av de boende har en nattfasta som överstiger 11 timmar. Vid analys görs bedömning om huruvida nattfastan kan anses vara frivillig eller ej för patienter på gränsen till kognitiv svikt som både kan ha svårt och lätt att själva göra bedömning om vad det innebär att avböja ett extra mål när detta kan variera från

dag till dag och från stund till stund. Generellt har ett arbete gjorts kring att läkemedel på morgon och kväll ges ihop med livsmedel av något slag för att bryta nattfastan samt att arbeta in rutiner kring erbjudande av nattmål till boende som är vakna nattetid. Åtgärder har återkopplats till all personal vid APT och informationsutskick, via HSL-uppdrag för extra åtgärder. samt till kontaktman avseende åtgärder på individnivå som kan föras in i den boendes genomförandeplan.

Analys av egenkontroll säker delegering: Analys för säker delegering samt sammanställning av eventuella dispenser skickas in från ansvarig sjuksköterska. Syftet är att verksamheten följer rekommendation gällande delegering så att det finns en jämn fördelning av ansvaret, att delegerad medarbetare har rätt utbildningsnivå och kompetens för uppgiften. Informationen skall innehålla verksamhetens analys och bedömning kring patientsäkerheten inom ramen för delegering.

Delegeringsprocessen för läkemedel är kvalitetssäkrad och innehåller utöver normal introduktion även digital utbildning, samt muntlig information och genomgång med sjuksköterska enligt checklista. Under året har sjuksköterska lagt extra mycket tid vid varje delegeringstillfälle på att gå igenom alla delar och skapa bred förståelse för momenten och varför dessa är viktiga för att uppnå säkerhet vid läkemedelshantering. Då en av boendets två sjuksköterskor slutat under hösten har en av sjuksköterskorna ansvarat för fler delegeringar under en period. Detta utgör en risk för att kunna utöva uppföljningsansvaret och påverkar på så vis patientsäkerheten. Ny sjuksköterska har rekryterats och anställts från och med januari 2025, vilket underlättar att göra en jämnare fördelning.

Analys av egenkontroll läkemedelshantering: Egenkontroll läkemedel utförs med syfte att säkerställa en väl fungerande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel inom verksamheten utifrån gällande föreskrifter. Målet är att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37.

Personalen från hemtjänst åker en dag i veckan till apoteket för att utföra ärenden åt patienter som har det beviljat. Det innebär att hämta läkemedel. Varannan vecka hämtas apodos rullar på apoteket till de patienter som inte har hemsjukvård. Patienter som har apodos och som är anslutna till hemsjukvård och hemtjänst får apodos rullar levererade från hemsjukvården varannan vecka. Apodos påsarna överlämnas till samordnare eller chef. Förvaring av apodos rullar sker i lådor för respektive patient och förvaras i ett låst rum tills de tas med till varje apodos kund. Hemtjänstpersonalen levererar apodospåsarna till kunderna samma dag eller dagen efter.

Kvalitetsgranskning är utförd på boendet av Apoteket AB under 2024. Enligt mätningen framkom att läkemedelshanteringen fungera väl och att det finns ett stort engagemang hos personalen för läkemedelsrelaterade frågor. Förbättringsförslag efter granskningen har tagits tillvara och arbete har skett utifrån framtagna åtgärdsplan med gott resultat.

Analys av egenkontroll avseende dokumentation och kvalitetsregister: En ändamålsenlig, tillgänglig och säkrad journalföring och informationsöverföring i vårdkedjan är en förutsättning för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation i patientjournalen granskas regelbundet enligt gällande författningar. Legitimerad personal ska även två gånger/år genomföra en journalgranskning på minst 10% av HSL-journalerna i

verksamheten. Analys av resultatet genomförs tillsammans av verksamhetschef och legitimerad personal, vilket dokumenteras och skickas till företagets MAS.

Vid granskning av dokumentation har bedömning gjorts att den generellt är adekvat avseende omfattning och innehåll. I journalsystemet LifeCare finns systemstöd som gör att omvårdnadspersonalens dokumentation som gör att stora delar av denna blir standardiserad utifrån registrering som personalen gör på olika sätt kopplat till exempelvis utförande av HSL-uppdrag och formulär för vårdbegäran. Detta bidrar som ett stöd till att rätt uppgifter dokumenteras på rätt sätt för omvårdnadspersonalen.

I palliativregistret har registrering gjorts för berörda patienter på boendet. Registrering har gjorts regelbundet i kvalitetsregistret i Senior alert och riskbedömningarna har i det löpande arbetet använts på ett bra sätt för att vidta adekvata förebyggande åtgärder som följts upp av legitimerad personal ihop med omvårdnadspersonal vid teamträffar och dagliga avstämningar på boendet.

Analys av egenkontroll vårdhygien och självskattning av basala hygienrutiner:

Verksamheten lämnar ut självskattning av basala hygienrutiner till samtlig omvårdnadspersonal i tjänst på förutbestämt datum. Verksamheten gör även en hygienobservation enligt mall för två omvårdnadspersonal per avdelning. Verksamheten gör en vårdhygienisk egenkontroll. Analys, sammanställning av resultaten och eventuella åtgärdsplaner görs av sjuksköterska och hygienombud tillsammans med verksamhetschef. Analys och eventuella åtgärdsplaner skickas in till företagets MAS.

I hygienobservationen har det förekommit bristande följsamhet gällande klädregler, då det noterats att enstaka personal återanvänt arbetskläder från ett tidigare arbetspass. Detta har förekommit både på boendet och inom hemtjänsten. Resultatet gällande handspritsanvändning har varit tillfredsställande inom hela verksamheten, säkert har den allmänna medvetenheten hos gemene man om handdesinficering under pandemin skapat en förståelse för och vana av att använda detta. Avseende handskanvändning har inga brister noterats gällande underlåtenhet att använda sådana. Dock har personalen angett att de använder handskar i situationer som de inte behövs, vilket tyder på att det finns behov av att genomgående öka förståelsen. Region Östergötlands material har använts på så sätt att Steg 1 utbildning i vårdhygien har visats för all personal. Uppföljnings sker vid fortsatta hygienronder.

Analys av vård i livets slut: Målsättningen är att tillgodose varje enskild individs specifika önskan vid vård i livets slut och verksamhetens skall säkerställa att arbetet med vård i livets slut ständigt analyseras, stärks och förbättras. Resultat från palliativregistret används för att analysera och identifiera brister, behov av förbättring och kvalitetssäkring. Analys genomförs årligen.

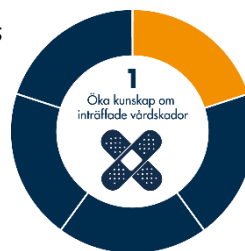
Ett förbättringsförslag är att hemtjänsten får ta del av resultat från palliativa registret på patienter. Både LAH-anslutna och hemsjukvåranslutna patienter, i samverkan med dessa utförare. Det är svårt att exakt veta vad hemtjänsten kan förbättra när det gäller omvårdnaden till palliativa patienter när det inte går att ta del av resultatet från palliativa registret.

Resultatet på kvalitetsindikatorerna från palliativregistret på boendet är varierande. När det gäller ordination av läkemedel, mänsklig närvaro och smärtskattning sista levnadsveckan är resultatet 100 %. Dokumenterat brytpunktsbedömda där målvärdet är 98 % är resultatet 80 %. Resultatet för munhälsobedömning samt trycksår med målvärde 90 % är resultatet endast

70 %, vilket tyder på två områden att uppmärksamma och jobba vidare med. Personalen ser dagligen över hudkostymen på patienterna och rapporterar över till sjuksköterskorna vid risk för trycksår. Likaså är madrasser i gott skick, de flesta förebyggande, och tillgång till luftväxlande madrass finns vid behov som tillsammans med ordinerad lägesändring bidrar till att förebygga trycksår.

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 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Avvikelser rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten, men allvarigare händelser eller risker ihop med kommunens MAS och MAR. Utredning sker även i nära samverkan med Forenade Cares MAS, MAR eller SAS, vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets kvalitetsansvarig, MAS eller MAR samt med kommunens MAS och MAR.

För bearbetning av avvikelser som berör hälso- och sjukvård utreds avvikelser med allvarlighetsgrad 3 (betydande, bestående måttlig funktionsnedsättning) och 4 (katastrofal, dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning) av MAS/MAR inom Forenade Care för boendet tillsammans med verksamhetschef och legitimerad personal på plats. För hemtjänsten genomförs sådan utredning av kommunens MAS/MAR i samverkan med kommunens hemsjukvård och hemtjänstens verksamhetschef.

För övriga avvikelser 1 (mindre, obehag eller obetydlig skada) till 2 (måttlig, övergående funktionsnedsättning) utreds omvårdnads- och läkemedelsavvikelser av verksamhetschef och HSL-chef. För boendet sker detta i samråd med boendets sjuksköterskor och för hemtjänsten ihop med hemsjukvården. Vid sådana avvikelser som rör fall medverkar även boendets fysioterapeut samt arbetsterapeut.

Har vården varit säker

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

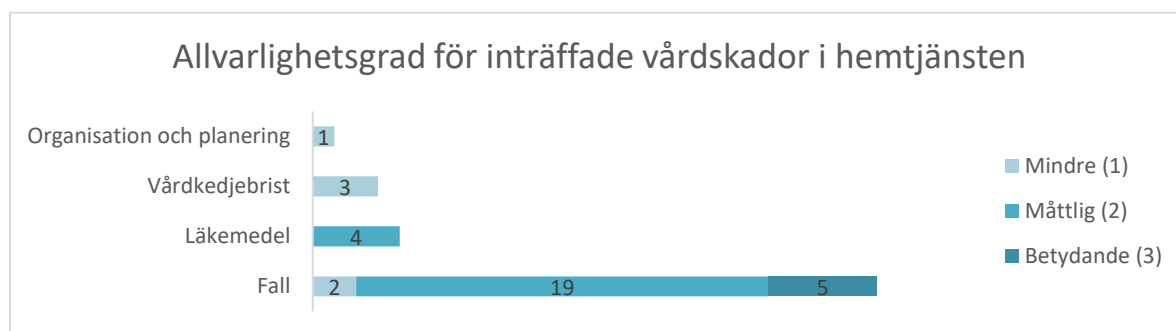
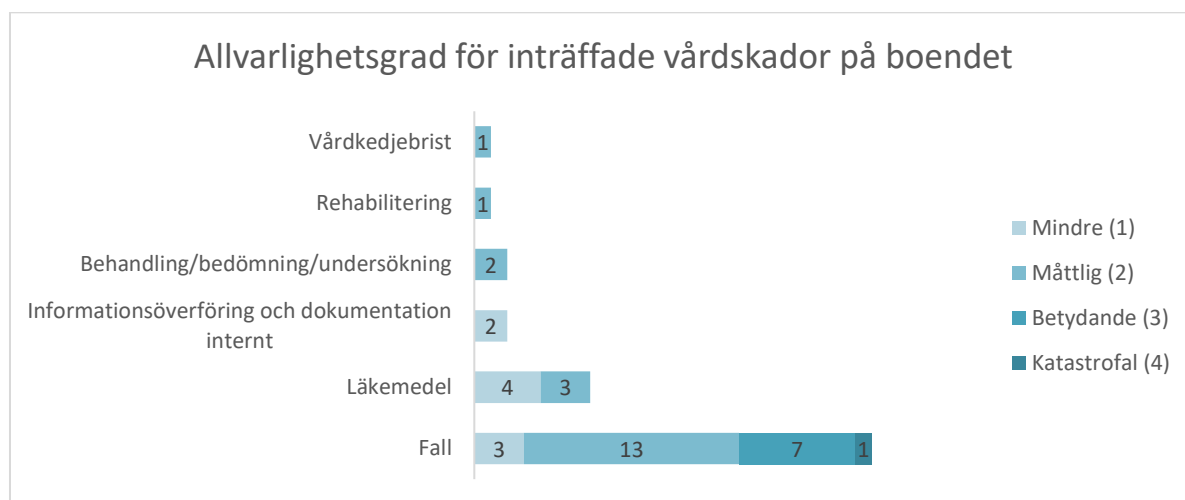
I ledningssystemet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Avvikelse registreras via journalsystemet LifeCare som tillhandahålls av Mjölby kommun. Verksamhetschef och HSL-ansvarig inleder utredning och berörd personal tar del av avvikelsen och vidtar åtgärder för bedömning och uppföljning utifrån sitt kompetensområde. Utredningen leds av verksamhetschef som även inhämtar uppgifter från omvårdnadspersonalen. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys.

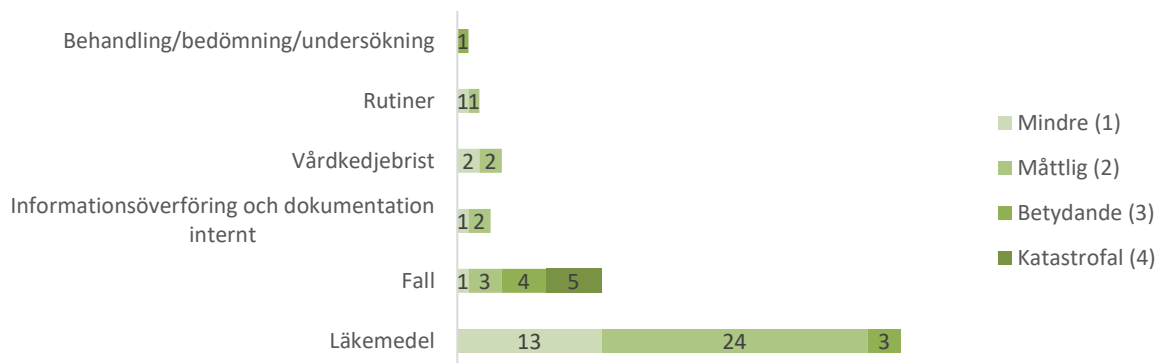
När utredningen avslutas skrivs en sammanställning och analys av information som framkommit i utredningen avseende händelseförlopp, konsekvenser för patient, bakomliggande orsaker, och vidtagna åtgärder. Åtgärder kan ske omedelbart eller pågå under en längre tid och effekten av dessa följs upp.

Övergripande analys av gångna månadens avvikelser genomförs nästkommande månad i teamet under avvikelseråd. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar, vid daglig avstämning, teamträffar och veckoinformation till personal.

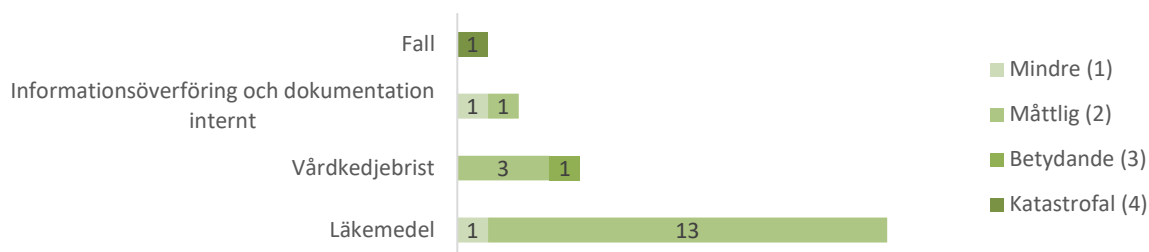
Under 2024 har sammanlagt 113 händelser utretts som vårdskador eller risk för vårdskador på boendet under 2024. Hemtjänstens verksamhet har genomfört utredning av 59 sådana händelser. För händelser både på boendet och de som rör hemtjänsten har omkring 60–70 %, av händelserna bedömts som måttlig avseende allvarlighetsgrad. Ett antal fall har bedömts som katastrofalt.



Allvarlighetsgrad för risker för vårdskador på boendet

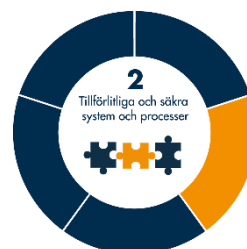


Allvarlighetsgrad för risker för vårdskador inom hemtjänst



Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på gemensamma rutiner, det säkerställer att arbetet utförs på ett likvärdigt och patientsäkert sätt. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Det pågår ett ständigt arbete för att kvalitetssäkra verksamhetens processer och system. Processerna och rutinerna finns beskrivna i det interna ledningssystemet som finns på Forenade Cares intranät. HSL-rutiner som fastställs inom kommunen och gäller i verksamheten är nåbara via tillgång till en gemensam rutinkatalog digitalt. För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till dessa båda system.

I ledningssystemet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner. Uppdatering och framtagande av lokala rutiner har skett kontinuerligt under året och mindre ändringar sker löpande.

Under året har fokus lagts på avvikelseprocessen, både för centrala roller i teamet. Även kring hur hela verksamheten involveras i att uppmärksamma, bedöma, analysera och vara en del i förbättringsarbetet kring avvikelser har varit ett pågående utvecklingsarbete.

Även klagomål och synpunkter har varit ett fokusområde för att säkerställa att risker och brister som patienter och deras närstående förs fram så att åtgärder kan påbörjas, så att

konsekvenser för aktuell patient men även för övriga patienter kan förebyggas och undvikas i ett så tidigt skede som möjligt.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Under 2024 har rekrytering pågått under större delen av året. Samtidigt är kompetensförsörjningen generellt utmanande, och trots omfattande rekryteringsarbete upplevs det finnas få kandidater med både rätt utbildning som också har en längre erfarenhet.

Det finns utifrån detta en risk för att som verksamhet behöver göra avvägningar mellan att en större andel personal är både oerfaren och outbildad, för att inte löpa risk att för att inte alls kunna bemanna verksamheten, särskilt i perioder av säsongssmitta eller annat som påverkar andelen tillgänglig personal.

För att hantera detta i verksamheten är introduktionen en mycket central process. Under introduktionen får varje ny medarbetare förutsättningar för att kunna arbeta så säkert och kvalitativt som möjligt i sitt fortsatta arbete. Det är av vikt att lägga grunden för att arbeta patientsäkert redan från start.

Verksamheten har under året i omgångar omarbetat och anpassat introduktionsprocessen lokalt tillsammans med befintlig personalgrupp som ofta är de som närmast står för nyanställdas introduktion under brevidgång. Digital utbildning och fortbildning har använts som verktyg även inför introduktionen och som en del i rekryteringsprocessen.

Detta syftar till att bättre kunna rusta nyanställda med vissa förkunskaper redan då, men också för att kunna ta emot informationen som ges under introduktionen på ett bättre sätt och kunna sätta den i sitt sammanhang.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

För att undvika vårdskador arbetar verksamheten aktivt även med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Riskbedömning utifrån vårdprevention görs även på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg.

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten och att riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner av verksamhetschef ihop med övriga teamet.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa görs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid inflyttning till boendet samt var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd som medför en förändring i patientens hjälpbehov. Vård- och åtgärdsplaner skapas för att minska risker på individnivå. Generellt har detta arbete fungerat väl under året, dokumentation har gjorts enligt tidsplan och relevanta åtgärder har vidtagits. För trycksår finns en ökad risk, särskilt i palliativt skede då förloppet kan gå mycket fort. Fallförebyggande arbetet är komplext och hanteras av hela teamet tillsammans. Det är svårt att helt

åstadkomma total avsaknad av fall på boendet och i hemtjänsten, men riskerna kan minimeras genom gemensam analys och bedömning samt samarbete kring att relevanta åtgärder vidtas.

Samtlig personal uppmanas att uppmärksamma risker eller brister i verksamheten. Riskanalys görs vanligen dagligen vid avstämningsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten analyserats och diskuteras dessa på avstämningsmöten, avvikelseråd och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer beslutas och dokumenteras i respektive mötesprotokoll.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat:

- Smitta och smittspridning
- Följsamhet till basala hygienregler
- Kompetensförsörjning vid manfall, pågående smitta

Utöver dessa sker riskbedömning utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp -eller individnivå. Under 2024 har verksamheten identifierat risker avseende generell kompetensförsörjning.

Kompetensförsörjningen är idag utmanande inom all vård- och omsorgsverksamhet, bland annat i förhållande till en rörlig arbetsmarknad men detta förstärks även på Vifolkagården av läget på landsbygden.

Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.

Tillgången på kompetenta undersköterskor upplevs vara låg. Både språkmässiga och praktiska färdigheter förekommer trots genomgången utbildning. Landsbygdsläget bidrar. Rekryteringsarbetet inför sommaren har varit utmanande utifrån att verksamheten övergick från annan utförare under mitten av våren då rekryteringsarbetet i normala fall redan varit i full gång i flera månader.

För att öka andelen erfarna undersköterskor har undersköterskeutbildning på arbetstid via kunskapslyftet erbjudits anställda vårdbiträden. Rekryteringsarbetet av omvårdnadspersonal har varit pågående under hela året. Introduktionsarbetet har förstärkts för att även kunna uppnå viss grundläggande kompetenshöjning under introduktionen.

En enskild del av verksamheten har även haft förhöjd personalomsättning av omvårdnadspersonal. Detta har i analys konstaterats bero på arbetsmiljöfaktorer utifrån specifik patient. Det rör sig om behov av annan specialiserad vård och omsorg än vad som i normalfallet hanteras inom ramen för liknande verksamhet.

Åtgärder har vidtagits i form av uppföljning av kommunens placering av aktuell patient, nära samverkan med polis och slutenpsykiatri, handledning och fortbildning av personal samt extra bemanning riktad till aktuell patient.

Även i flera fall inom hemtjänsten har det funnits behov av att ge personalen stöd och vägledning i bemötande av patienter med komplexa behov, särskilt då det är av vikt att bemötande sker på samma sätt oavsett vilken personal som jobbar. Bemötandeplaner och har tagits fram som verktyg. I vissa fall kan det vara svårt att hantera förväntningar från patient så att det är av vikt att utförande av insatser görs likadant. För detta har handlingsplaner tagits fram i samråd med personal. Personal har även fått stöd från chefer och företagshälsovård har kopplats in för gruppsamtal för att stödja personalen och minska konsekvenser gällande stress och annan ohälsa hos personal som i sin tur påverkar patientsäkerheten.

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.



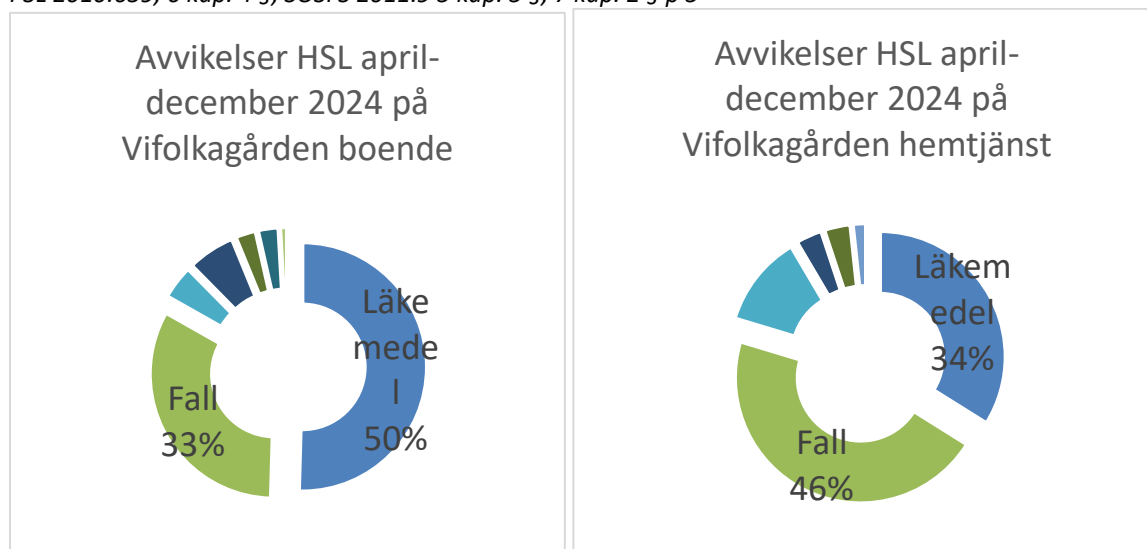
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Framtagna resultat inom verksamheten ska användas till analys och lärande för att förstå vad som utgör risk och bidrar till att stärka patientsäkerheten. Analyser och resultat skall följas upp systematiskt och vara en central del i verksamhetens utveckling inom kvalitet och patientsäkerhet. Underlag tas fram från nationella kvalitetsregister som utgångspunkt för att identifiera risker och förbättringsområden.

Personal görs delaktiga i analysarbetet genom dialog, diskussion på APT och andra träffar och utbildning för att öka förståelsen för samband och utveckling. Delaktigheten bidrar inte bara med kompetenshöjning utan även en känsla av att göra skillnad, yrkesstolthet och arbetsglädje. Detta i sig bidrar också till ökad patientsäkerhet.

Avvikelser

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



Den vanligaste avvikelsetypen under 2024 har varit Fall och läkemedel. Detta gäller både på boendet och i hemtjänsten. Fall är något vanligare i hemtjänsten, troligtvis på grund av mindre möjlighet att förebygga och ingripa när personal inte alltid snabbt kan vara på plats.

Avseende fallavvikelser finns ofta en stark koppling till person- och omgivningsfaktorer som påverkar fallrisken. Det finns stor risk att patienter som fallit faller flera gånger innan slutsatser kan dras om varför det sker och åtgärder kan verkställas.

Vid behov av nya hjälpmedel kan exempelvis leveransen ta tid, eller vid behov av läkemedelsförändring kan det vara svårt att göra förändringen direkt. Infektioner som påverkar fallrisken är ofta pågående under en tid innan dess påverkan upphör.

Boendet arbetar aktivt med fallriskanalyser vid teamträffar, utifrån vårdbegäran samt utifrån samverkan kring Senior Alert. Inom hemtjänsten har vissa fallavvikelser kunnat härledas till bland annat infektioner eller annan förändring av allmäntillståndet då fall inträffar. Genom gemensam analys i det multiprofessionella teamet har förståelse för samband mellan annan patients läkemedelsintag och fall på kvällstid kunnat konstateras. Åtgärder i form av att ge sömntabletter när patienten redan ligger i sängen har kunnat minska fallrisken avsevärt för patienten som annars riskerar att falla till följd av detta.

Läkemedel är något mer förekommande än fall på boendet jämfört med fall. Generellt hanteras fler läkemedel per patient på boendet. Det finns också en risk för en falsk trygghet på boendet då det mesta är på samma sätt från dag till dag, jämfört med hemtjänst som ofta är i konstant förändring och därmed finns en större risk att missa läkemedelsförändringar och dylikt.

En viktig skillnad avseende läkemedelshanteringen i verksamheten är tekniskt stöd som används inom hemtjänst i form av Appva. Detta innebär att personal lättare får överblick och kan följa vilka patienter som ska ta vilka läkemedel vid vilka tillfällen. Signeringar sker också i appen vilket minskar risken för utebliven signering. Då även övriga HSL-uppdrag signeras i samma app används denna regelbundet under arbetet vilket gör att personalen hela tiden håller sig uppdaterad lättare uppmärksammas på eventuella förändringar.

På boendet finns inget sådant tekniskt stöd. På boendet finns HSL-uppdrag som ej avser läkemedel också i en tidsplanerad lista, men denna finns endast i datorer på avdelningarnas kontor och inte i mobiltelefonerna, vilket gör det svårare att mer kontinuerligt få överblicken.

Boendets lokala rutin för att få överblick över vilka tider läkemedel ska ges hos vilken boende. En tavla används med markering för avdelningens boende och klockslag för läkemedel. Läkemedels- och signeringslistorna finns i ett låst skåp i den boendes lägenhet. På boendet har dock flertalet läkemedelsavvikelser handlat om utebliven dos, något som till viss del kanske hade kunnat undvikas genom att använda digitalt stöd för detta.

Enligt uppgift från kommunen fanns planer på att införa Appva på boendet, men kapacitet för implementeringen fanns inte hos kommunen vid verksamhetsövertagandet under våren 2024. Enligt kommunen planeras detta införas senare under 2025 då verksamheten övergått i kommunal regi, men då ett annat format planeras är det inget som har kunnat startas upp innan dess.

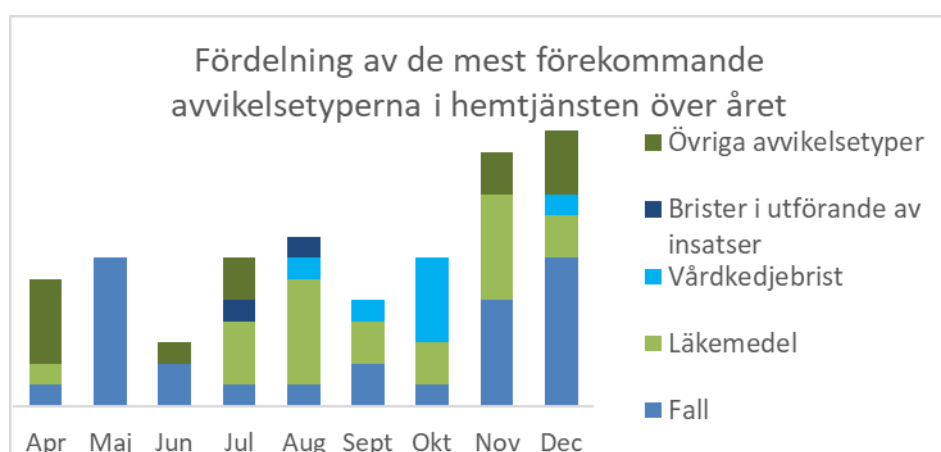
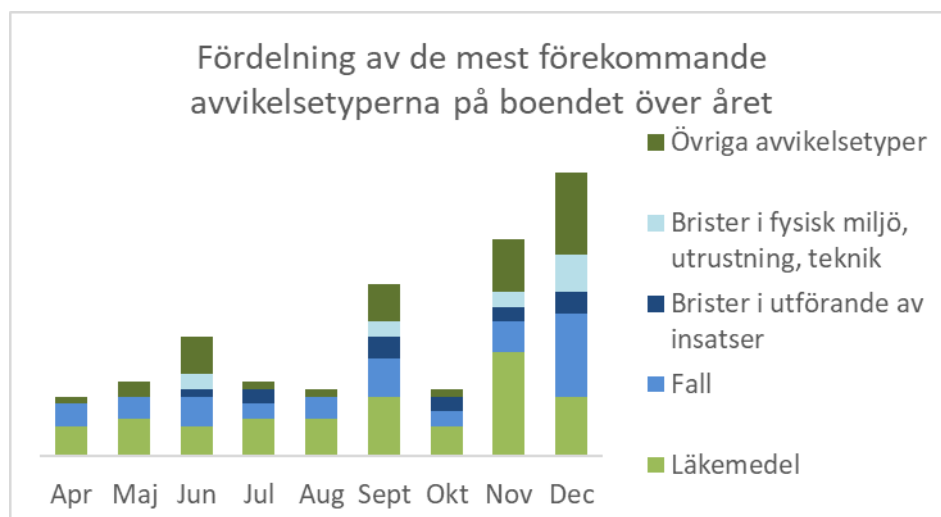
Bland hemtjänstens läkemedelsavvikelser har personals uppdrag om att lägga fram läkemedel till patienten som patienten sedan inte tar lett till flera avvikelser. I utredningsprocessen framkommer att läkemedlet som avser smärtlindring inte tas då patienten själv inte längre

upplever någon smärtpåverkan och således inte ha behov av detta. I samverkan med patientansvarig läkare sattes läkemedlet sedan ut och framtida avvikelser kunde på så sätt undvikas.

Utöver läkemedel och fall är brist i utförandet av insatser den mest frekvent förekommande avvikelsetypen som rapporterats under året. Det kan handla om att uppgifter inte utförts alls på grund av att de missats, personal som saknar kompetens eller delegering att utföra insatsen har missat att överlämna denna till personal som har detta.

Det kan också handla om att insatsen har utförts, men att det har gjorts bristfälligt eller på fel sätt. Inom hemtjänsten ses en tydlig ökning av sådana avvikelser under sommarmånaderna, troligtvis på grund av ökad andel vikarier i verksamheten. På boendet har en viss ökning skett under sommaren, men därefter fortsatt förekomma varje månad.

I boendemiljön spelar verktyg och utrustning som trygghetslarm, hjälpmedel, lokaler och möblemang en stor roll för hur arbetet kan bedrivas. Vid sådana brister finns stor risk för att patientsäkerheten påverkas. På boendet står brister i fysisk miljö, utrustning och teknik för flera avvikelser, framför allt mot slutet av året för en del av avvikelserna.



Inom hemtjänsten förekommer endast enstaka fall av brister i fysisk miljö, utrustning och teknik. Istället är det vårdkedjebrister som uppmärksammas som den fjärde mest vanliga typen av avvikelse. Hemtjänsten arbetar dagligen med flera olika former av samverkan. Samverkansparter och kollegor är i regel ej i närheten då arbetet utförs. Telefonkontakter är av vikt för att kompensera detta, men risk för brister finns alltid.

Samverkan med hemsjukvården är viktig för att hemtjänsten ska lyckas i arbetet med patienterna. Personalen inom hemsjukvården utgår dock från annan centralort i kommunen och tillhör den kommunala organisationen. Multiprofessionellt teamarbete är en viktig del i att detta ska fungera.

Hemtjänsten samverkar även med flera aktörer som LAH, olika sjukvårdsinstanser, specialist- och akutsjukvård med mera där det inte är lika enkelt att etablera regelbundna samverkanskontakter, utan sker utifrån de komplexa och varierande behov som patienterna som hemtjänsten möter har just då.

Det är av vikt att säkerställa samverkan och god kommunikation, särskilt vid utskrivning från slutenvård eller avslut av akutsjukvård då regionens personal inte alltid är medvetna om att patienten kan vara beroende av hemtjänstens stöd även vid vad som tycks vara okomplicerad hemgång.

Gällande åtgärder utifrån inkomna avvikelser planeras dessa utifrån vad avvikelserna handlar om, händelseförloppet och vad som framkommit i analysen. Ofta vidtas åtgärder redan innan rapportering görs för att avhjälpa obehag eller förhindra att skador eller andra negativa konsekvenser drabbar patienten. På längre sikt vidtas åtgärder som syftar till att förhindra återupprepning av samma brist eller negativa händelse, både på individnivå och på verksamhets- eller gruppnivå.

Exempel på sådana åtgärder som vidtagits under året är bland annat riskbedömning, handledning, hjälpmedelsöversyn och diskussion på kommande APT. Vanligaste åtgärden har varit genomgång och revidering av rutiner. Då verksamheten övertogs under året har avvikelsearbetet varit en viktig del i att identifiera vilka rutiner som behöver ses över och förtydligas i verksamheten.

Vid läkemedelsavvikelser har åtgärder efter analys i huvudsak inneburit samtal med inblandad personal om vikten av följsamhet till läkemedelsrutinen och bedömning av enskilda delegering. Det kan vara betydelsefullt i det enskilda fallet att följa upp den faktiska kompetensen hos enskild delegerad personal, men för att åstadkomma mer övergripande förändring krävs i regel mer systematiska åtgärder.

Under 2024 har även en fördjupad utbildning och diskussion kring effekter och konsekvenser av avvikelser genomförts, till exempel läkemedel som uteblir. Syftet var även att skapa medvetenhet om att undvika konsekvenser som även kan bero på andras fel, till exempel fel i apodos eller i dosett.

En ökning av det sammantagna antalet avvikelser har skett under året, särskilt under senhösten. Detta kan delvis bero på en utbildningseffekt som innebär att fler avvikelser identifieras, uppmärksammas och rapporteras, vilket i sin tur leder till ökad patientsäkerhet.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter tas emot via blankett, egen hemsida, kommunens avvikelssystem, via e-post, telefonsamtal eller personligt samtal. Inom en vecka tar verksamhetschef kontakt i de fall synpunktslämnaren ej är anonym. I vissa fall kan synpunkt leda till att en avvikelse utreds beroende på vad synpunkten innehåller. Analys sker och åtgärder vidtas och återkoppling ges till synpunktslämnare och samtlig personal.

Under 2024 har flertalet synpunkter eller klagomål tagits emot av verksamheten från patienter och deras närstående. Dock är det ingen av dessa vare sig på boendet eller inom hemtjänsten som rör patientsäkerheten. Det är därav svårt att se några mönster eller dra några slutsatser kring vad som kan förbättras ur patientsäkerhetsperspektiv. Inga ärenden har heller inkommit under 2024 från vare sig patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg.

Verksamhetsuppföljning har genomförts av uppdragsgivaren av Mjölby kommun vid två tillfällen under 2024. Kommunen har framfört synpunkter avseende bland annat avvikelshantering, verksamhetschefers kompetens, generell bemanningsgrad.

Åtgärder som vidtagits i samråd med kommunen utifrån detta är bland annat översyn och korrigering av befintligt schema, rekrytering av undersköterska på vakanta rader samt rekrytering av fler timvikarier. Verksamheten har arbetat aktivt med detta under 2024 och vid kommunens uppföljning i början av 2025 har verksamheten bedömts vara godkänd på samtliga kontrollpunkter.

Apoteksgranskning har genomförts under året där det kostnaterats att läkemedelshanteringen har generellt god följsamhet. Utifrån förbättringsåtgärder som framtagits i granskningen har förbättringsarbete skett under året. Det har bland annat handlat om att säkerställa att uppföljning av delegerade arbetsuppgifter dokumenteras, att förtydliga ansvar och hur signering ska ske vid egenvård samt säkerställande av datummärkning för insulinpennor och övriga läkemedel med begränsad hållbarhetstid från brytdatumet

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Beredskap kan handla om till exempel att planera inför driftstörningar och oförutsedda förändringar i verksamheten, vid utebliven materialtillgång såsom läkemedelsförråd och livsmedel. Kunskapsläge och kunskapsbehov inventeras kontinuerligt inom verksamheten för att upprätthålla patientsäkerheten. Nära samverkan och samordning mellan olika instanser exempelvis inom kommun, region och lärosäten bidrar också till att öka beredskapen.

Genom att identifiera riskområden och upprätta beredskaps- och handlingsplaner för väntade och oväntade händelser och utmaningar som kan påverka verksamhet och patienter säkerställs patientsäkerheten under dessa förhållanden. Detta genomförs genom risk- och konsekvensanalyser för att identifiera tänkbara risker och scenarion, översyner av beredskapslager, krisinformation och lokala rutiner för åtgärder. Medvetenhet uppnås genom information, utbildning, samverkansrutiner och dialog i verksamheten för att bidra till trygghet, beredskap och handlingskraft.

Handlingsplaner för fortsatt utvecklings-, kompetenshöjande och systematiskt kvalitetsarbete tas kontinuerligt fram. Bland annat berörs områden som ökad digitalisering i vården, anpassning till ny lagstiftning, förändringar i utbildningssystem, riskbedömning och

förberedelse inför pandemi/influensa, brandskyddsplan, oväntade händelse ex. strömavbrott, vattenförsörjning, stopp i leverans av läkemedel och liknande.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Under 2024 har ett företagsövergripande arbete pågått kring beredskapsplaner, rutiner och lager i händelse av kris och krig. Arbetet är viktigt för att kunna säkerställa god vård och omsorg även under sådana förhållanden. Lärdomar från bland annat pandemin har visat på vikten av att ha beredskapen innan något sker och svårigheten med att försöka vidta oplanerade åtgärder när något redan hänt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Arbetet med beredskapsplaner kommer att fortsätta under 2025 i samverkan med kommun och andra myndigheter. Samtlig personal kommer också involveras i övningar och i att identifiera risker och planer i sitt närmsta arbete.

En viktig faktor som riskerar att påverka patientsäkerheten är att utförarbyte åter sker under våren 2025, vilket innebär att verksamheten kommer att ha bytt utförare två gånger på ett drygt år. Risk för bristande kontinuitet, täta rutinförändringar med mera kan ha stor betydelse.

Bland annat finns endast en tjänst som fysioterapeut i verksamheten, men sammanlagt kommer fyra olika personer att ha haft rollen på drygt ett års tid. Det är av stor vikt att dokumentation finns och överrapportering sker för att förebygga att något missas eller planering som är gjord inte fullföljs. Under samma period kommer boendet ha haft 5 olika verksamhetschefer.

Fokus under början av 2025 ligger därför på att stärka patientsäkerheten genom att göra en trygg, noggrann och detaljerad överlämning till Mjölby kommun, som övertar verksamheten som utförare från den 11 april 2025.