

Kvalitet och hållbarhetsrapport

Åsengården

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete.....	4
2 Vision och Värdegrund	5
2.1 Arbetssätt	5
2.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	5
2.3 Vidtagna och planerade förbättringar	6
2.3.1 NKI handlingsplaner	7
2.3.2 We you me handlingsplaner	7
3 Kvalitativ verksamhet	8
3.1 Arbetssätt	8
3.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	9
3.2.1 Egenkontroll av personcentrerad vård och omsorg (Ny för 2024)	10
3.2.2 Måltidsobservation	10
3.3 Vidtagna och planerade förbättringar	10
4 Attraktiv arbetsgivare.....	11
4.1 Arbetssätt	11
4.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	12
4.3 Vidtagna och planerade förbättringar	13
4.3.1 Åtgärder skyddsron d ÅO	13
4.3.2 Åtgärder skyddsron d ÅO	13
5 Ansvarstagande samhällsaktör	18
5.1 Systematisk förbättring.....	18
5.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	18
5.3 Vidtagna och planerade förbättringar	19
6 Information och kommunikation.....	20
6.1 Arbetssätt	20
6.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	20
6.3 Vidtagna och planerade förbättringar	20
7 Vår livsmedelshantering	21
7.1 Arbetssätt	21
7.2 Resultat - undersökningar och kontroller.....	21
7.2.1 Livsmedelshantering – mottagningskök (fylls i på avdelningsnivå)	21
7.2.2 Livsmedelshygien.....	22
7.3 Vidtagna och planerade förbättringar	23
8 Livsmiljö.....	24
8.1 Arbetssätt	24

8.2	Resultat - undersökningar och kontroller.....	24
8.2.1	<i>Miljö och hälsoskydd</i>	24
8.3	Vidtagna och planerade förbättringar	24
8.3.1	<i>Åtgärder Personcentrerad dokumentation</i>	24

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

Humanas fyra strategiska målområden, kvalitativ verksamhet, attraktiv arbetsgivare, lönsam tillväxt och ansvarstagande samhällsaktör, tillsammans med vår värdegrund, styr våra verksamheter mot visionen om allas rätt till ett bra liv. Humanas vision och övergripande målsättning handlar om att skapa hållbarhet på individ- och samhällsnivå. Hållbarhet socialt-, ekonomiskt-, och miljömässigt är en integrerad del av allt vi gör i våra verksamheter och genom vårt hållbarhetsarbete bidrar Humana aktivt till FN:s globala mål för en hållbar utveckling.

2 Vision och Värdegrund

Vår vision är ”Alla har rätt till ett bra liv”. För att uppnå visionen arbetar vi för att äldre i våra äldreboenden ska uppleva livskvalitet och självbestämmande i vardagen.

Vi efterfrågar de äldres syn på vad som är ett bra liv Alla har sina egna behov, önskningar, intressen och drömmar. Vi arbetar aktivt med reflektion och dialog kring värdegrunden och utvecklar på så sätt vårt bemötande.

Vi är Silviamescertifierade, vilket innebär att vi månatligen har Silviareflekationer. Vi har även handledning 2 ggr per månad med utbildad extern reflektionsledare- här kommer det ofta upp frågor kring bemötande och livskvalitet. Stående tema på varje månads APT- Humanas värdegrund. Frekventa diskussioner på APT och omvårdnadsmöten kring verksamhetens mål vilket är att ge de äldre en meningsfull vardag och självbestämmande. Ofta påminnelser kring detta vad det innebär med självbestämmande- att man ska få gå och lägga sig när man vill etc.

2.1 Arbetssätt

Under år 2024 har vi arbetat med att belysa engagemang, att ta ansvar och att känna glädje som har präglat våra apt. Värdegrunden är alltid med som en punkt på alla apt. Värdegrunden är väl känd. Värdegrundsledare är alltid med på apt. Etiska dilemman diskuteras på APT och på de handledningstillfällen som ligger månatligen med en extern utbildad handledare. Värdegrunden genomsyrar även allt vårt arbete som bedrivs i de mutliprofessionella teamen som arbetar ihop på omvårdnadsmöten och teammöten. Här bedrivs kontinuerliga reflektioner kring värdegrunden och handlingsplaner följs upp. Stödfunktionerna i dessa är värdegrundsledare, chef, gruppledare och demenshandledare. HR inom Humana stöttar i detta arbete på chefsmöten men finns också tillhands löpande under året. HR har exempelvis varit på plats fysiskt på boendet och arbetat i två personalgrupper med den psykologiska tryggheten i dessa grupper. Utbildningar finns för all personal att gå inom Humanas egen Lärportal. Där finns värdegrundutbildning att gå, vilken alla medarbetare har gått som har blivit certifierade inom kontaktmannaskapet. Denna certifiering har nu en majoritet av personalen uppnått och de som inte har det ännu, har det som mål under 2025.

2.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmätt
NKI

Frågor	Utfall 2024	Utfall 2023	Utfall 2022
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	78 %	43 %	
Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?	100 %	67 %	86 %
Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	80 %	80 %	

Kvalitetsmätt

Kvalitetsmått
WeYouMe

Frågor	Utfall	Kommentar
Känner du till Humanas vision?		
På min arbetsplats arbetar vi aktivt och regelbundet med värdegrundsfrågor (till exempel att vi pratar värdegrund på personalmöten, att vi diskuterar värdegrund i situationer som uppstår i det dagliga arbetet eller andra tillfällen då vi arbetar med värdegrundsfrågor)		
På Humana arbetar vi systematiskt med att skapa en mångfaldig och inkluderande miljö		

2.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Utifrån resultat i brukarundersökningen har vi arbetat fram målområden och skapat handlingsplaner. En stor och viktig del i vårt arbete är att skapa en ökad känsla av förtroende och delaktighet hos de boende. En viktig grund till att skapa detta är genom att ha ett tydligt individcentrerat fokus i utförandet av insatser hos de boende. En ovisshet gällande hur man kan framföra synpunkter och klagomål, att man inte riktigt vet hur man ska göra har diskuterats. Handlingsplan har skapats, är ju viktigt att vårdtagare, anhöriga och även medarbetare känner till hur man lämnar in synpunkter, klagomål och avvikelser i stort. Detta diskuteras och informeras på apt, regelbundet. Att också skicka ut information till anröriga och vårdtagare görs redan via informationsbrev (mejl.). Då det aktiva arbetet med värdegrunden tyvärr inte genomförts i den omfattning som man önskat, kommer det under nästa år 2025 finnas en stående punkt gällande arbete med värdegrunden, och hur vi bemöter varandra. Bemötandet mot vårdtagarna brister ej, utan här är det arbetsmiljön som menas. Hur vi är kollegialt mot varandra. Bemötandeplaner och handlingsplaner planeras att fortsätta följas upp i samma höga frekvens och omfattning som genomförts under år 2024.

Erbjuda utomhusvistelse i större omfattning än tidigare- ny rutin att kvällspersonal ska hjälpa boende ut i början av passet+ grupp promenad en gång i veckan på aktivitetsschemat.

Aktiviteter-fortsätta arbetet med att följa aktivitetsschemat utifrån de beslut som tas på aktivitetsrådet. Fortsätta synliggörandet av aktiviteter via instagram och via månadsbrev till närstående från VC.

Förbättra informationen till närstående kring verksamheten, både vad gäller tillfälliga förändringar och vilka aktiviteter som bedrivs. Detta med hjälp av månadsbrev från VC till närstående.

Förbättra möjligheten för närstående att få kontakt med personalen- detta genom att personalen på avd alltid tar med sig avd-telefonen i ficka på arbetsklädseln. Viktigt att visa med avsedd röd markering var man som personal befinner sig. Ta ansvaret som kontaktperson och hålla den kontakt med närstående önskar.

2.3.1 NKI handlingsplaner

Handlingsplan
Information och delaktighet
Erbjuda utomhusvistelse dagligen
Fastighetsskötare John Mattson.
Förbättrad information- VC ska skicka månadsbrev till närstående med info om tillfälliga förändringar och personalbyten mm
Förhandlingar fastighetsskötare John Mattson
Information
Information och delaktighet
Information och delaktighet
Kontaktnaskap och bemötande
Personcentrerad vård
Personcentrerad vård.
Terassarbeta fortsatt
Förbättra inomhusmiljön
Förbättra inomhusmiljön
Förbättra tillgängligheten- Personal måste ha med sig avd-telefon i fickan så inga samtal missas. Märka upp med anvisad röd tagg på boenderum i syfte att underlätta för närstående att hitta personal. Som kontaktperson åligger det en att undersöka hur närstående vill ha kontakten; hur ofta önskar de bli uppringda, önskar de få mess osv.
Information- VC bifogar information om detta i varje månadsbrev till närstående framöver.
Synliggöra aktiviteter- fortsätta med Instagram och VC ska skicka månadsbrev till närstående med info kring vilka aktiviteter som utförts under månaden.

2.3.2 We you me handlingsplaner

Handlingsplan
Förbättra den fysiska arbetsmiljön

3 Kvalitativ verksamhet

Vi arbetar med personcentrerad omsorg med ett salutogent perspektiv. I vårt uppdrag ingår att se det friska och erbjuda en personligt utformad vård och omsorg. Det innebär att vård och omsorg planeras utifrån de äldres behov och önskemål. Det personcentrerade arbetet görs av teamen och de äldre ses som en viktig del i teamet. I en personcentrerad vård och omsorg ges stödet med hänsyn tagen till de äldres varierande förutsättningar och önskemål om delaktighet. Äldre har rätt till självbestämmande och inflytande över den egna personen och sitt eget liv. Vi erbjuder en vård och omsorg som ger stöd till ett hälsosamt liv

3.1 Arbetssätt

Alla vårdtagare har en utsedd kontaktperson, både i första hand och i andra hand. Genomförandeplaner skrivs tillsammans med åtgärder utifrån aktivitetsanalys. Dessa uppdateras var 6:e månad, samt vid behov. Regelbundet under året hålls tvärprofessionella team möten gällande alla vårdtagare. En gång per månad följer man upp, avdelningsvis. Verksamhetschef är med på dessa möten. Där bidrar samtliga professioner till att göra riskbedömningar och att förbättra situationen för vårdtagarna på bästa sätt. De olika professionerna tar också med från mötet arbetsuppgifter som uppkommit. Arbetet med riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert är alltid på agendan och används också som arbetssätt. På demensavdelningarna stöttar och handleder demenshandledaren med fokus på personcentrerad vård. Varje vårdtagare har en utsedd patientansvarig sjuksköterska. Läkarsamverkan finns enligt avtal med Bra Liv, Kungshälsans äldreboende, sedan tidigare. Samarbete finns med MAS och MAR finns utsedda inom Humana Omsorg, samt även samarbete med kommunens MAS och MAR.

Varje vårdtagare har en utsedd patientansvarig sjuksköterska. Läkarsamverkan finns enligt avtal med Bra Liv, Kungshälsans äldreboende, sedan tidigare.

Kontroller av livsmedel genomförs enligt rutin. Hygien upprätthålls enligt rutin i kök och egenkontroller genomförs. Även gällande hållbarheten på temperaturen av maten kontrolleras dagligen.

Arbetet med personcentrerad vård har fortskridit främst genom vårt arbete som Silviahemcertifierat boende; detta genom att vi har:

- Utbildat nyanställda medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi
- Haft reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi

Arbetet med att driva det personcentrerade arbetssättet sker även fortlöpande genom att HSL-personal ständigt driver detta genom de veckovisa omvårdnadsmötena på varje plan, samt på månatliga temamöten då framförallt BPSD-registreringar och uppföljningar av dessa görs. På APT är det även en återkommande punkt att diskutera personcentrerad vård och vad det innebär; exempelvis en sådan enkel sak som att man ska få gå och lägga sig när man vill och att det inte är personalens önskemål som ska styra detta.

- Haft kvalitetsgranskning från Apoteket av läkemedelshanteringen
- Nyanställd medarbetare har genomgått BPSD-administratörsutbildning
- Haft verksamhetsgranskning och avtalsuppföljning av Stockholm stad
- Ssk:or har varit på Demensdagarna i Göteborg

- Ssk:or, arbetsterapeut och flera undersköterskor har varit på konferensen Äldreomsorgsdagarna
- Ssk har genomgått utbildning 7,5 poäng Handledning av studenter; Marie Cederschiölds högskola
- Hörsel och syn-utbildning för all personal
- Fysioterapeut har fortsatt sin Masterutbildning på Karolinska institutet
- Utbildat fler palliativa ombud
- Haft fysisk och teoretisk brandutbildning för medarbetare
- Haft genomgång av delegeringsprocessen
- Uppdaterat den lokala läkemedelsrutinen
- Fortsatt arbetet med högpresterande team; kommunikation, bemötande och feedback. Vi har även arbetat med Psykologisk trygghet; dessa teman har varit återkommande på årets APT:n och på planeringsdagar.
- Skapat lokala rutiner för hur personalen ska agera i arbetet med läkemedelsavvikelser

De nationella register vi på Åsengården registrerar i är:

- Senior alert
- BSPD
- Svenska Palliativregistret

På teammöten riskbedöms den boende i Senior alert. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BSPD-registret registreras samtliga boende efter samtycke av BSPD-administratörer i syfte att tillgodose en god personcentrerad demensvård. Uppföljning av registreringarna sker därefter minst en gång per år men oftast oftare då detta är behovsstyrt.

3.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmått	
NKI	

Frågor	Utfall 2024	Utfall 2023	Utfall 2022
Brakar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	78 %	70 %	86 %
Brakar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? T.ex. byte av personal, ändringar av olika aktiviteter etc.	58 %	43 %	
Brakar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? T.ex. tid för att duscha/bada, gå	67 %	25 %	

Frågor	Utfall 2024	Utfall 2023	Utfall 2022
och lägga dig etc.			
Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?	67 %	67 %	
Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	80 %	56 %	

3.2.1 Egenkontroll av personcentrerad vård och omsorg (Ny för 2024)

Frågor	Egen kontroll, Antal
Är insatserna inkluderande – är den äldre medskapande?	 God kvalitet
Är insatserna individuell anpassade - utgår vård och omsorg från individen?	 God kvalitet
Är insatserna samordnade – ges vård och omsorg till den äldre med helhetstänk?	 God kvalitet

3.2.2 Måltidsobservation

Måltidsobservation

Frågor	Egen kontroll, Antal
Sammantagen bedömning: Är måltiderna säkra?	
Sammantagen bedömning: Är måltiderna goda?	
Sammantagen bedömning: Är måltiderna integrerade?	
Sammantagen bedömning: Är måltiderna trivsamma?	

3.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Vi kommer att fortsätta arbetet som hittills med personcentrerad vård och anpassning till individens önskemål och behov när det gäller nutritionsstatus.

4 Attraktiv arbetsgivare

Vi vill vara en attraktiv arbetsgivare för att attrahera och bibehålla personal. För att kunna leverera kvalitativ vård och behandling behöver vi nöjda medarbetare med rätt kompetens. Vi arbetar systematiskt med arbetsmiljön och inom vår medarbetarprocess, med ett pågående värdegrundsarbete och kompetensutveckling.

4.1 Arbetssätt

Organisationen innehåller nedanstående funktioner:

Regionchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Verksamhetschef

Gruppledare

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska; 2 st

Arbetssterapeut

Fysioterapeut.

Schema

Arbetssterapeut och Fysioterapeut har lagt sitt schema så att alltid någon av dem är på plats vardagar. SSK är på plats vardagar och någon av sköterskorna är alltid på plats mellan 07:30- 16:15. Någon slutar alltid 16:15 för att kunna lämna över rapport till jourorganisationen Klara T.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, en ssk, fysioterapeut samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Verksamhetschef leder kvalitetsrådet och säkerställer att den agenda följs som innehåller ovanstående delar. Viktig information som rör patientsäkerheten tar verksamhetschef även vidare till APT för vidare lärande för samtlig personal. Vid

allvarligare HSL-avvikelse blir även verksamhetschef involverad.

Verksamhetschef sitter i samverkansmöten på regelbunden basis med sjuksköterskeföretaget Klara T som vi samarbetar med. Verksamhetschef har även regelbundna samverkansmöten med vår läkarorganisation Familjeläkarna.

Sjuksköterskor har arbetsledande funktion när det kommer till att leda omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har ledande funktioner när det kommer till att utreda de HSL-avvikelse som inrapporteras.

Följande utbildningar har sjuksköterskor genomfört under året:

Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.

- Handledarutbildning 7,5 poäng, Marie Cederschiölds högskola.
- Demensdagarna, Svenska nätverket för demenskunskap. 2 dagars konferens Göteborg.
- Utbildning Vårdhygieniskt arbete, en heldag. Janusinfo Region Sthlm.
- Risk- och händelseanalysutbildning inom Humana. 2 st heldagar.
- PKC-dagen; heldag. Region Stockholm.
- Sårbehandling palliativ vård, Karolinska institutet. En halvdag.
- Äldreomsorgsdagarna ihop med omsorgspersonal. Konferens; två heldagar. Gothia kompetens.
- BPSD-administratörsutbildning. 2,5 dag. Intern utbildning med certifierad utbildare.

Följande utbildningar har arbetsterapeut och fysioterapeut genomgått:

Fysioterapeut har fortsatt sin två-åriga masterutbildning på KI i "Masters' courses in dementia care for physiotherapists and occupational therapists, 60 poäng. Start nov-23

- Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.
- Säkert sittande, Invacare. En heldag.

Omvårdnadspersonal har under året gått:

- Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.
- Munvårdsutbildning för all personal av Oral care. En em på plats.
- PKC-dag för palliativa ombud. Region Stockholm.
- Utbildat fler medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi; 3 st heldagar.
- Syn- och Hörselutbildning, en em på plats. Stockholm stad.
- Äldreomsorgsdagarna, fyra stycken omsorgspersonal. Konferens två heldagar. Gothia kompetens.

Vi har under året haft fortlöpande lärande och reflektion genom våra Silviareflektioner som hålls av en utbildad reflektionsledare en gång per månad. Vi har även handledning för all personal, vilken bedrivs av en extern utbildad handledare.

4.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmått	
WeYouMe	

Frågor	Utfall	Kommentar
--------	--------	-----------

Frågor	Utfall	Kommentar
Indexvärde arbetsförutsättningar		
Indexvärde arbetsklimat		
Indexvärde arbetssituation		
Indexvärde delaktighet		
Indexvärde ledarskap		
Indexvärde nöjd medarbetare		
Indexvärde utvecklings- och medarbetarsamtal		

4.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Vi har under året arbetat med att förbättra områdena: vi talar inte illa om varandra och förbättrad fysisk arbetsmiljö. Hr har varit på besök, ståede punkt på APT kring värdegrunden och hur vi beter oss mot varandra. Planeringsdagar haft där temat var den psykologiska tryggheten.

Massagstol, ?? Blitvt bättee

4.3.1 Åtgärder skyddsron d ÄO

Åtgärder	Skapad
 öka frekvensen	2023-06-07

Vi har haft skyddsron d under 2024 med representant från Kommunal.

4.3.2 Åtgärder skyddsron d ÄO

Åtgärder	Skapad
 avvikelse hantering DF respns	2022-01-24
 Då det är möjligt relaterat till demensdiagnos	2023-03-01
 Då det är möjligt relaterat till demensdiagnos.	2023-03-01
 Efterfrågas i dagsläget när det övergår till vård i livets slut.	2023-04-27
 Efterfölja städschemat	2024-09-24

Åtgärder	Skapad
🔍 Funktionskontroll	2024-09-25
🔍 Förbättra användandet av handdesinfektion. Utbildning frekvent på APT och på fokusmånad. PPM-mätning 2 ggr/år Egenkontroll	2024-12-12
✅ Förbättringsutrymme finns för att dokumentera spårbarheten.	2023-04-27
🔍 Förskrivning av hjälpmedel	2024-09-25
✅ Gå igenom MTP i pärm och i teams	2024-01-11
🔍 Inom kort har vi sköterskor läsbehörighet till läkares journal.	2023-03-07
✅ Minst 2 st nattfastemätningar sker per år på hela enheten.	2022-12-14
🔍 När detta är möjligt utifrån demensdiagnos.	2023-03-07
🔍 När detta är möjligt utifrån demensdiagnos.	2023-03-07
🔍 Protokoll	2024-09-24

Åtgärder	Skapad
▶ Publicera och uppdatera våra lokala instruktioner vid vård vid livets slutskede. 1. ängslådan, palliativa ombud, efter dödsfallet	2022-08-23
▶ Rutin kring funktionskontroll	2024-09-25
▶ Ska börja arbeta efter det.	2024-04-09
✓ SSK har fått utbildning i VISAM, behöver framgent tänka på att använda den modellen.	2023-04-27
▶ test	2024-11-12
✓ Under det gångna året har två stycken nattfastemätningar gjorts.	2022-12-14
▶ Uppföljning av resultat från BPSD ska under 2025 ske minst 1g/kvartal på kvalitetsråd	2024-12-20
▶ Uppföljning av resultat från Palliativa registret ska under 2025 ske minst 1g/kvartal på kvalitetsråd	2024-12-20
▶ Uppföljning av resultat från Senior alert ska under 2025 ske minst 1g/kvartal på kvalitetsråd.	2024-12-20
▶ Upprätta lokal rutin för kvarliggande kateter.	2024-09-24

Åtgärder	Skapad
✓ Utbildning vård och städhygien via procurator.	2022-08-15
▶ Utbildningsplan	2024-09-24
✓ Vid behov.	2023-03-16
▶ öka frekvensen	2023-06-07
▶ Ökad frekvens kring samverkansmöten med Familjeläkarna	2024-10-28
▶ Då det är möjligt relaterat till demensdiagnos.	2024-04-09
▶ Då det är möjligt relaterat till demensdiagnos.	2024-04-09
✓ Minst 2 st nattfastemätningar sker per år på hela enheten	2023-03-16
▶ SSK har kunskap kring VISAM, ska användas under 2025. Uppföljning på HSL-möten	2024-12-20
▶ Vid behov.	2024-04-10

Åtgärder	Skapad
 Utförs nu minst två st nattfastemätningar per år på hela enheten.	2024-04-10

5 Ansvarstagande samhällsaktör

Vi är en lärande organisation och fokuserar på systematiskt förbättrande arbete. Den vård och omsorg vi erbjuder ska vara säker och hålla en god kvalitet. Personalen är delaktiga i det systematiska förbättrande arbetet som sker i team och verksamhetens kvalitetsledningsgrupp.

5.1 Systematisk förbättring

Varje vecka hålls tvärprofessionella team möten gällande vårdtagarna. Individuella riskbedömningar genomförs. Man arbetar kontinuerligt med kvalitetsregistret Senior Alert, följer upp avvikelser, följer upp genomförda åtgärder och pågående. Vi arbetar kontinuerligt med avvikelshantering, när en avvikelse/klagomål inkommit hanteras den det närmaste dygnet. Vid allvarigare avvikelser stäms det av i ledningsgruppen omgående. Vid allvarigare avvikelser rapporteras MAS/MAR. På kvalitetsmötet varje månad går föregående mötes avvikelser igenom med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, verksamhetschef och ett kvalitetsombud från varje avdelning. På det sättet kan avvikelserna diskuteras tvärprofessionellt.

Egenkontroller görs enligt årshjulet i Stratsys.

5.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmått
HSE- Hållbart Säkerhets Engagemang (Internkontroll)

Frågor	Utfall	Kommentar
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra.		
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser.		
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser.		
På min arbetsplats erbjuder vi individerna att vara delaktiga i vårt säkerhetsarbete.		

Kvalitetsmått
NKI

Frågor	Utfall	Utfall 2023	Utfall 2022
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	89 %	64 %	100 %
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	67 %	50 %	

5.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Verksamhetschef skickar en gång per månad ut ett litet digitalt informationsblad i form av ett mail med en liten hälsning till närstående. Vi har även ett aktivt instagramkonto där det ges en liten inblick i vardagen på Åsengården.

6 Information och kommunikation

Vårt arbete med informationssäkerhet bedrivs systematiskt och långsiktigt. Information är en viktig tillgång och kunskapsbärare, den ska hanteras säkert och får inte spridas till obehöriga.

6.1 Arbetssätt

Kommunikation och information sker muntligen, varje dag från och till verksamhetschef och gruppledare samt sjuksköterskor. Ledningsmöten genomförs varje vecka, onsdagar där verksamhetschef, gruppledare, demenshandedare, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar. Verksamhetschef är tillgänglig fysiskt, och varje vardag via mejl och sms. Gruppledare finns på plats fysiskt och finns även tillgänglig via telefon och mejl. Verksamhetschef har månatliga APT där information ges och vid behov skickas mail ut till medarbetarna. Informationsmejl skrivs till anhöriga månatligen av verksamhetschef.

6.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmått
NKI

Frågor	Utfall 2024	Utfall 2023	Utfall 2022
Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	90 %	86 %	
Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	75 %	47 %	
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?	63 %	78 %	

6.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Fortsätta arbetet med att göra oss tillgängliga genom att personalen alltid ska ha på sig avdelningstelefonen så att inga samtal missas. Även viktigt att som kontaktperson stämma av med närstående vilken slags kontakt de önskar. Även viktigt att visa närstående på framförallt kvällar, var man befinner sig med röd tagg.

Verksamhetschef skickar mail till närstående varje månad.

7 Vår livsmedelshantering

Måltiderna är mer än maten på tallriken, de bidrar till hälsa och utveckling. Måltiderna främjar hälsa, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Vår livsmedelshantering är hållbar, såväl leverantörer som verksamheter arbetar för en minskad klimat- och miljöpåverkan.

Vi arbetar enligt måltidsmodellen som vi anpassar till det särskilda boendets förutsättningar. De äldres behov kring mat och måltider är utgångspunkten för arbetet. Måltiderna ska utgå från individens önskemål, främja aptit och matglädje och är en tydlig och viktig del av omvårdnaden.

7.1 Arbetssätt

Vi arbetar utifrån personcentrerat perspektiv och att samtidigt få till en bra och trevlig måltidsstund för alla våra boenden. Den varma huvuddelen av maten kommer varje dag från Dafgård; lunch och middag. Personalen tillreder själva tillbehören, såsom ris, potatis och sallad. Dagligen kontrolleras värmen på maten på varje avdelning. Övriga livsmedel beställs från Martin & Servera. I samband med ankomst meddelas personalen som hämtar varorna omgående. Att hålla hygien god i kök och där livsmedel förvaras utförs dagligen enligt rutin och städningen signeras på signeringslista.

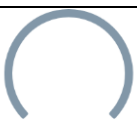
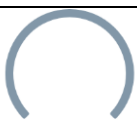
7.2 Resultat - undersökningar och kontroller

Kvalitetsmått	
NKI	

Frågor	Utfall	Utfall 2023	Utfall 2022
Hur brukar maten smaka?	80 %	90 %	
Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?	78 %	80 %	

7.2.1 Livsmedelshantering – mottagningskök (fylls i på avdelningsnivå)

Frågor	Egen kontroll, Antal	Internkontroll, Antal	Kommentar egen kontroll	Kommentar internkontroll
Sammanfattande bedömning: Sker mottagning av mat på rätt sätt enligt rutin?	 			
Sammanfattande bedömning: Sker varmhållning av mat på rätt sätt, enligt rutin?	 			

Frågor	Egen kontroll, Antal	Internkontroll, Antal	Kommentar egen kontroll	Kommentar internkontroll
Sammanfattande bedömning: Sker förpackning och märkning av varor korrekt för spårbarhet?	 			
Sammanfattande bedömning: Sker mottagning av varor korrekt, enligt rutin?	 			
Sammanfattande bedömning: Har verksamheten utbildats i livsmedelshantering?	 			

7.2.2 Livsmedelshygien

Frågor	Egen kontroll, Antal	Internkontroll, Antal	Kommentar egen kontroll	Kommentar internkontroll
Sammanfattande bedömning: Är kökets utrustning kontrollerade och funktionella?	 			
Sammanfattande bedömning: Har medarbetare tillräckliga kunskap om risker för kontaminering?	 			

Frågor		Egen kontroll, Antal	Internkontroll, Antal	Kommentar egen kontroll	Kommentar internkontroll
Sammanfattande bedömning: Har medarbetare tillräckliga kunskaper om handhygien?	 				
Sammanfattande bedömning: Följs kökets rengöringsschem a?	 				

7.3 Vidtagna och planerade förbättringar

8 Livsmiljö

Vi arbetar för ekologisk hållbarhet för människors hälsa. Arbetet utgår från en miljöanalys, de betydande miljöaspekter som identifierats för särskilda boenden. Vi arbetar med att byta ut och använda giftfria produkter, väljer livsmedel som bidrar till biologisk mångfald och arbetar för en klimatsmart hantering av livsmedel och övriga produkter.

8.1 Arbetssätt

8.2 Resultat - undersökningar och kontroller

8.2.1 Miljö och hälsoskydd

Frågor	Utfall egenkontroll
Sammanfattande bedömning Har verksamheten ett systematiskt brandskyddsarbete?	
Sammanfattande bedömning: Har verksamheten en miljösmart hantering av farligt avfall?	 Ja
Sammanfattande bedömning: Är verksamhetens organisering av miljöarbetet tillräckligt?	 Ja
Sammanfattande bedömning: Arbetar verksamheten miljösmart med resurshushållning?	 Ja
Sammanfattande bedömning: Har verksamheten en säker hantering av farliga produkter?	 Ja

8.3 Vidtagna och planerade förbättringar

Brandskyddsutbildning genomfördes under hösten 2024. HLR-utbildning av personal planeras att hållas i maj 2025. Förflyttningsteknikutbildning har genomförts under tre tillfällen under 2025 för samtliga medarbetare, även ett flertal timanställda.

8.3.1 Åtgärder Personcentrerad dokumentation

Åtgärder	Skapad
 Efterfölja städschemat	2024-09-24
 Protokoll	2024-09-24
 Utbildningsplan	2024-09-24