



# **Kvalitetsrapport 2024**

Ameli Omsorg AB

# Innehållsförteckning

1	Grunduppgifter vid årets slut .....	4
2	Bemanning och kompetens .....	4
2.1	Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (vd, verksamhetschef, enhetschef och enhetsamordnare) i verksamheten under året .....	4
2.2	Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året.....	4
2.3	Beskriv hur verksamheten säkerställt följsamhet till de kvalitetskrav som finns för hemtjänsten?.....	4
2.4	Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:.....	4
2.5	Beskriv antal ärende med vård i livets slut som förekommit under året samt hur bemanningen säkerställs nattetid .....	5
3	Systematiskt kvalitetsarbete.....	5
3.1	5.1 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar på enheten, gör en analys över enheten. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport? .....	5
3.2	Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:.....	7
3.3	Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet .....	7
4	Avvikelse, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter .....	7
4.1	Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.....	7
4.2	Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.....	8
4.3	Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå. ....	8
5	Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2024 .....	9
5.1	Systematiskt förbättringsarbete .....	9
5.2	Dokumentation .....	9
5.3	Kvalitetsarbete/samverkan - intern.....	10
5.4	Kvalitetsarbete/samverkan - extern.....	10
5.5	Hygien.....	11
5.6	Skydds- och begränsningsåtgärder.....	11
5.7	Egenvård.....	11
5.8	Uppföljning insatser.....	11

**Anvisning**

Kvalitetsrapporten är en dokumenterad uppföljning som omfattar verkställighet av utförare, Skövde kommun. Rapporten redogör för det avslutade verksamhetsåret och ska vara kommunen tillhanda i Stratsys senast 22 december 2024. Rapporten ska innehålla en analys av de förbättrings- och kvalitetsarbete som ingått under året.

# 1 Grunduppgifter vid årets slut

Privata utförare

<b>Enhetschef:</b>	<b>Anneli Hallberg</b>
<b>Verksamhetschef:</b>	<b>Anneli Hallberg</b>
<b>Ansvarig utredare av lex Sarah:</b>	Anneli Hallberg
<b>Antal brukare totalt i verksamheten:</b>	61
<b>Antal tillsvidareantälld personal:</b>	15
<b>Antal visstidsantälld personal:</b>	14
<b>Fördelningen usk/vårdbiträde</b>	16 usk 2 admin 11 vårdbiträden
<b>Är tillståndsansökan godkänd? Svara Ja/Nej. Vid svar Ja ange även när IVO godkände ansökan</b>	Ja, år 2019.
<b>Finns ansvarsförsäkring för person, sak och förmögenhetsskada? Svara Ja/Nej</b>	Ja

## 2 Bemanning och kompetens

### 2.1 Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (vd, verksamhetschef, enhetschef och enhetssamordnare) i verksamheten under året

Inga förändringar

### 2.2 Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året

En tillsvidareanställd undersköterska har slutat och en timanställd undersköterska har fått fast anställning. Någon timanställd har slutat och någon timanställd har börjat.

### 2.3 Beskriv hur verksamheten säkerställt följsamhet till de kvalitetskrav som finns för hemtjänsten?

Kontinuerlig informationsinhämtning av kvalitetskrav görs av verksamhetsansvarig.

Godkända rutiner finns och uppdateras vid behov.

Underlag för hemtjänsten är riktlinjer från IVO, Socialstyrelsen och arbetsmiljöverket samt kommunens avtal, rutiner och erbjudna utbildningar.

Att rutinerna efterlevs, fortbildning finns och att professionellt förhållningssätt efterlevs av alla anställda till samarbetspartners och brukare följs regelbundet upp.

### 2.4 Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:

All personal har deltagit i nedan:

Basala hygienrutiner: web-utbildning och kontinuerlig handledning

Sårvård: allmänt av ssk på inbokad utbildningstid i våra lokaler

Dokumentation: regelbunden handledning och på APT

Lyftteknikutbildning: av våra ombud i kommunens lokal med hjälpmedel.

Turner och lyftband: av rehab i våra lokaler, två tillfällen.

Bemötande: kontinuerligt i vardagen och på APT.

Särskild utbildning för våra ombud (två usk i varje uppdrag) har skett gällande hygienutbildning, lyftteknikutbildning och dokumentation.

Register-utbildning via kommunen gällande demens och palliativ vård, 2 usk.

## 2.5 Beskriv antal ärende med vård i livets slut som förekommit under året samt hur bemanningen säkerställs nattetid

Ingen brukare hos Ameli Omsorg har under 2024 avlidit i hemmet. Palliativ vård har förekommit men brukarna har avlidit på sjukhus och korttids.

Bemanning nattetid har säkerhetsställt genom nattpatrullen.

## 3 Systematiskt kvalitetsarbete

### 3.1 5.1 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar på enheten, gör en analys över enheten. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport?

#### Anvisning

Bifoga nya processer/rutiner till rapporten.

**Det systematiska kvalitetsarbetet efterlevs på enheten med regelbundna uppföljningar.**

**Arbetsmiljöromd görs varje höst med regionalt arbetsskyddsombud.**

**Anonym arbetsmiljö-enkät och medarbetarsamtal görs varje höst. Vilka sammanställs och följs upp av arbetsledningen.**

**Stående punkter APT: Arbetsmiljö , ev förändringar i det systematiska kvalitetsarbetet, bemötande, sekretess, muta/gåva, ev avvikelser.**

**Nedan visas innehållet i våra rutinpärmar.**

#### **Rutinpärm:**

#### **Innehållsförteckning**

1. Checklista nyanställning
2. Försäkran från anställd och studerande, sekretess och rapporteringsskyldighet. Registerutdrag.
3. Basala hygienrutiner
4. Omvårdnadspersonal inom omsorgen om äldre, Kontaktperson
5. Avvikelsesystem, analys mönster

6. Personalinformation gällande rapporteringsskyldigheter (Lex Maria, Lex Sarah). Barn som far illa.
7. Miljörutin
8. Rutiner gällande nyckelhantering
9. Kvittering av nyckel till vårdtagarens bostad, tagg entré dörr
10. Nyckelfri hemtjänst
11. Rutin Team-möte (förberedelse rollförståelse). SIP, samverkan, kommunikationssystem, samtycke. Anhörigstöd.
12. Rutin gällande mottagande av ny vårdtagare samt avslut (verkställighetsprocessen). Genomförandeplan, Anhörigavlösning.
13. Flera rutiner vid kontakt med vårdtagare (stängd dörr, hälsoproblem, våld, beroende, fel HS-insats, förse-ningar, kort-/kontanthantering, behov av god man, mutor/gåvor, dödsfall)
14. Synpunkt / Klagomål (till kund)
15. Information om diabetes
16. Värdegrund
17. Lyftutbildning (webb länk).
18. Borttagen (var rutin mathantering)
19. Extra ordinära händelser
20. Bilaga: kommunens checklista kvalitetsledningssystem (LOV)
21. APT agenda stående punkter. Årshjul, Mall medarbetarsamtal
22. Hygien-, dokumentations- och arbetstekniksombud.
23. Informationsbroschyr, tillgänglighet.
24. Avtal, förfrågningsunderlag

## **Arbetsmiljö-pärm handbok**

### **Innehållsförteckning**

1. Klinisk bedömning av utbildningsbehov  
Första hjälpen HLR-utbildning  
Första hjälpen kudde de lux med instruktioner  
Arbetstekniksutbildning. Rutin arb.tekniniksombud.  
Rutin hygienombud.
2. Årshjul  
Årlig uppföljning  
Arbetsmiljö-ronder (fysisk, organisatorisk, social)
3. Riskbedömning arbetsmiljö  
Blankett riskbedömning  
Riskbedömning av arbetsförhållande hos ny kund
4. Arbetsmiljö
5. Arbetsledningens arbetsmiljö-utbildning
6. APT  
Mall medarbetarsamtal och analys  
Anonym arbetsmiljö-enkät
7. Policy mot kränkande särbehandling

8. Rutiner för arbetsanpassning
9. Policy för arbetsanpassning  
Sjukfrånvaro, avlönade utdrag
10. Gemensamma rutiner med Skövde kommun  
Gemensamma träffar med rehab
11. Guide för bättre arbetsmiljö.  
Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön – Viktiga pusselbitar  
I en god arbetsmiljö.  
Arbetsanpassning (arbetsmiljöverket)
12. Slumpmässig inspektion arbetsmiljöverket. Regionalt skyddsombud.
13. Telefonlista anhöriga. I händelse av akut situation.
14. Företagshälsovård (missbruk, kris odyl). Rutin hot och våld.
15. Friskvårdsbidrag
16. anmalanarbetskada.se

### 3.2 Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:

Finns två aktuella rutinpärmar tillgängliga för all personal. Vid förändring tas det upp på ATP och skrivs i protokollet som finns att läsa för all personal.

Uppföljning/uppdatering görs på APT och vid behov individuellt/i medarbetarsamtalen.

I introduktionsrutinen finns rutingenomgång.

### 3.3 Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet

Vid introduktionssamtalet lämnas kontaktuppgifter till Ameli Omsorg och information om hur kontakt kan tas vid behov.

När genomförandeplanen följs upp görs alltid en avstämning av nöjsamhet. I den vita vård- och omsorgspärmen finns kontaktuppgifter till ledningen samt en blankett för synpunkter/klagomål.

Socialstyrelsens brukarenkät visade bra resultat.

Arbetsmiljöenkät med anonymitet och uppföljning görs årligen.

Företaget arbetar ständigt med följsamhet och ständiga förbättringar.

Årshjul finns.

## 4 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter

### 4.1 Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Fallrapport: 55 st

klagomål/synpunkt: 2 st

läkemedel: 2 st

Vård/stöd/rehab: 4 st

Intern info samverkan: 3 st

Bemötande: 1 st

Till annan vårdgivare: 1 st

Sammantaget år 2024: 68 st

Inga negativa mönster har uppmärksammats.

Gällande läkemedel så följs signeringarna upp flera gånger dagligen av samordnare. Vid något tillfälle har uppgiften utförts i rätt tid men signerats vid senare tillfälle. Senare signeringar har ibland orsakats av att brukare haft svårt för att förstå att mb även är ett arbetsverktyg och visat irritation vid mb-användande.

Givna läkemedel har legat på 100 %. Vid något tillfälle har frånvaro inte hunnit registreras.

Kartläggning, uppföljning och ev åtgärd har gjorts skyndsamt. Övriga samarbetspartners har lagts till där det varit aktuellt. Alla individärenden har dokumenterats i respektive journal.

Inga mönster eller trender har identifierats som behövt åtgärder utöver de som vidtagits vid de enskilda uppföljningarna.

Avvikelse har tagits upp med berörd, på APT och på team-möten.

#### 4.2 Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Inga

#### 4.3 Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.

Klagomål/synpunkt

1 st övergripande:

Larmgruppen hade haft svårt att nå Ameli Omsorg (som inte heller kunde ringa tillbaka på missat nummer då det bara kopplats till tfn-svarare).

Åtgärd: Mb nr till larmgruppen har mottagits av Ameli Omsorg som förmedlade att ytterligare en samordnare (som de inte hade ringt till) står till förfogande kontorstider. Tre aktuella mobilnummer i rangordning lämnas till larmgruppen och växelnumret slopas vid dessa samtal. På helgerna gäller två av dessa mbnr.

1 st brukare kvinna:

Anhörig ringt (lämnat avvikelse) angående:



1. Att hemtjänsten inte skaffat ny tagg (borttappad).

Svar: Kostnaden för taggen har framförts till brukaren att Ameli Omsorg står för. Tyvärr godkändes inte att hemtjänsten skulle beställa en ny tagg av hyresvärderna utan det skulle vara den boende eller med fullmakt.

2. Att betalkort blivit spärrat

Svar: Brukaren hade lämnat en lapp med fel kod så personalen fick åka tillbaka till henne och fick då en ny lapp av brukaren med justerad kod som personal försökte använda men även detta var fel kod så kortet blev spärrat. Det skedde skriftligt av brukaren så omöjligt på grund av att personal skulle ha hört fel. Personal informerade om önskan att brukaren skulle beställa via nätet i stället men det ville hon inte. Personalen som jobbade dagen efter åkte och handlade med egna kontanter för att brukaren inte skulle vara utan mat.




Inga förändringar har gjort i verksamheten förutom att påminna all personal om att inte göra egna utlägg för brukare utan i dessa fall kontakta anhöriga (efter samtycke) eller EC/samordnare som i sin tur kontaktar bistånd. Finns i våra rutiner.

## 5 Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2024




### Anvisning


Uppgifterna till bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2024 hämtas med automatik. Inget behöver skrivas i bilagan.

### 5.1 Systematiskt förbättringsarbete













Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Informeras all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker?	 Ja	
Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser?	 Ja	
Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan?	 Ja	

### 5.2 Dokumentation


Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den?	 Ja	
Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner?	 Ja	
Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförarakt där samtliga dokument förvaras?	 Delvis	Om brukaren har dokument så förvaras dessa inlåsta.

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Har alla brukare en utskriven aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgsparmen	 Ja	






### 5.3 Kvalitetsarbete/samverkan - intern

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin?	 Ja	
Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren?	 Ja	
Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp?	 Ja	
Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel?	 Ja	
Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor?	 Ja	
Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor?	 Ja	
Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd?	 Ja	
Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva?	 Ja	
Har alla brukare en utsedd kontaktman (fast omsorgskontakt)?	 Ja	
Har alla brukare en kontaktman (fast omsorgskontakt) med undersköterskekompetens?	 Ja	
Har enheten regelbundna HSL- möten för ordinarie hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal?	 Ja	
Finns det arbetsteknikombud på enheten?	 Ja	Två undersköterskor är arbetsteknikombud. De har kontinuerlig fortbildning genom kommunens rehab och utbildar internt.


### 5.4 Kvalitetsarbete/samverkan - extern

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen?	 Delvis	Om brukare och ssk önskar detta så är hemtjänstpersonalen och då främst den fasta omsorgskontakten med.


## 5.5 Hygien

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Är basala hygienrutiner kända på enheten?	 Ja	
Finns hygienombud på enheten?	 Ja	Två undersköterskor ges kontinuerlig fortutbildning (karin.holmgren@skovde.se) och är aktiva i hygienfrågorna på enheten.
Har all personal arbetskläder?	 Ja	
Byter all personal om på enheten?	 Ja	
Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen?	 Ja	



## 5.6 Skydds- och begränsningsåtgärder

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda?	 Vet ej	Inga begränsningsåtgärder används.

## 5.7 Egenvård

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Finns det ett skriftligt egenvårdsbeslut för samtliga personer på enheten där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av personen själv eller med hjälp av annan?	 Ja	

## 5.8 Uppföljning insatser

Frågor	Svar, Antal	Kommentar (förtydligande av svar på fråga)
Sker uppföljning av beslut innan beslut löper ut eller minst årligen?	 Ja	
Sker samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas?	 Ja	