

*Vård- och omsorgsboendet
Fristad*

Bräcke
diakoni

*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2017*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2017

Vård- och omsorgsboendet Fristad

© Bräcke diakoni – februari 2018

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	5
4	Organisation och ansvar	8
	4.1 Bräcke diakoni.....	8
	4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad.....	8
5	Systematiskt förbättringsarbete	10
6	Risikanalyser.....	11
	6.1 Riskanalyser på organisationsnivå	11
	6.2 Riskanalyser på individnivå	11
7	Egenkontroll	12
	7.1 Kvalitetsdialog	12
	7.2 Lokal egenkontroll.....	13
	7.3 Externa revisioner	13
	7.4 Nationella och regionala undersökningar	14
8	Avvikelsehantering.....	14
	8.1 Avvikelser	14
	8.1.1 Lex Maria och lex Sarah.....	15
	8.2 Klagomål och synpunkter	16
9	Medarbetarnas delaktighet	16
10	Samverkan.....	18
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	18
	10.2 Samverkan med brukare och närstående	18
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer	18
	10.4 Forskningssamverkan.....	19
11	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....	19
12	Miljöarbete.....	20
13	Resultat	21
	13.1 Dokumenterade förbättringsarbeten	21
	13.2 Kvalitetsdialog	22
	13.3 Avvikelser	23
	13.3.1 Lex Maria	24
	13.3.2 Lex Sarah	24
	13.4 Kvalitetsregister	25
	13.4.1 Senior alert	25
	13.4.2 Svenska palliativregistret.....	26
	13.4.3 BPSD-registret	27
	13.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	28
	13.6 Egenkontrollprogram	29
14	Mål och strategier för det kommande året	30
15	Bilaga – Förbättringsarbete: Minska oro	31

1 Sammanfattning

Fristad vård och omsorgsboende bibehåller även under 2017 en fortsatt hög kvalitet i sitt systematiska arbete med kvalitet där vi ger en god och säker vård till de boende. Under året har vi dock kunnat konstatera både lyckade och mindre lyckade resultat, dels utifrån de mätningar som gjorts men också utifrån sådant vi själva kunnat uppmärksamma i vårt arbete med kvalitetsfrågor såsom egenkontroller, avvikelshantering och dokumentation.

Fristad är en förhållandevis liten enhet, något som är en fördel för oss. Tittar vi på resultaten från exempelvis Socialstyrelsens kundmätningar håller vi fortsatt en hög nivå gällande känslan av trygghet, bemötande och 100% nöjdhet med boendet. Personalstyrkan är stadig och i en mindre enhet har vi kontinuerligt haft goda möjligheter att arbeta nära varandra. Genom korta beslutsvägar och med en personalgrupp som tar stort ansvar tror vi att detta också påverkat våra boendes och närståendes känsla av att vi är lättillgängliga för dialog, återkoppling och uppföljning. Genom att vi under 2017 kunnat arbeta fram en bättre mötesstruktur har också personalens möjligheter till engagemang, påverkan och informationsöverföring utvecklats. Detta syns genom resultaten av vårt systematiska arbete med BPSD mätningar, Senior alert och Svenska palliativregistret. En bättre kontinuitet, som i allra högsta grad gynnar den personcentrerade vård och omsorgen sker genom ett välfungerande och öppet samarbete mellan såväl personal, externa parter men också möjligheten för den boende själv och även deras närstående till att vara delaktiga och kunna påverka den dagliga driften och utvecklingen i vård och omsorg.

Under 2017 har även ett stort fokus varit i att förbättra den psykosociala arbetsmiljön för vår personal. Vi ställer höga krav, men är minst lika angelägna om att vara rädda om varandra. En starkt sammansvetsad personalgrupp som arbetar utifrån tydliga gemensamma mål där vi alla tar ett stort ansvar för våra respektive åtaganden utifrån funktion ser vi som något mycket viktigt i verksamheten.

Vi håller en hög standard när det gäller hantering av läkemedel, buffertförråd och narkotikapreparat. Utifrån senast granskning från apoteket kunde inga avvikelser noteras mer än att vi behöver utveckla vårt arbete med uppdatering av information kring läkemedels funktion och kännedom kring effekter inom det kausala sambandet medicin och hälsotillstånd hos våra boende.

Vi har under 2017 blivit bättre än föregående år på att uppmärksamma brister samt arbeta förebyggande gällande avvikelser. Vårt utvecklingsområde är att hitta ett bättre flöde i återkoppling och uppföljningsarbetet. Detta är något som vi kunnat konstatera inom flera områden. Genom den förbättrade mötesstrukturen och aktivt arbete genom vårt nyskapade kvalitetsråd så ser vi ökade förutsättningar till detta.

2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som vården och omsorgen utvecklas eftersom det finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt patientsäkerhetslagen (PSL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) samt SKL:s mall för patientsäkerhetsberättelser. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns till för.

På uppdrag av Stockholm stad, Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning ansvarar Bräcke diakoni för driften av Fristad vård och omsorgsboende. Det är ett särskilt boende med inriktning på demens för personer över 65 år. På Fristad bedrivs vård och omsorg dygnet runt och det finns totalt 22 platser fördelat på två avdelningar, Takåsen och Vindskupan. Varje avdelning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som arbetar måndag till fredag. Under kvällar, nätter och helger finns en sjuksköterskepatrull nära kopplad till verksamheten.

På Fristad arbetar ca 25 undersköterskor och vårdbiträden. Varje medarbetare är kopplad till minst en boende som kontaktperson. Kontaktpersonen har framförallt ett huvudansvar för att tillgodose den boendes individuella behov och stöd. Kontaktpersonen ansvarar också för att en kontinuerlig kontakt med närstående upprätthålls. En omvårdnadsplan/genomförandeplan upprättas i ett nära samarbete mellan den boende själv, närstående och kontaktman. Vid förändringar eller minst var tredje månad följs genomförandeplanen upp för att säkerhetsställa att den boende känner sig trygg, nöjd och trivs med den vård och omsorg som erbjuds.

I verksamheten finns också tillgång till läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kulturarbetare.

Fristad bedriver vård och omsorg inom lagrummen SoL och HSL

3 Strategier och fokusområden

Arbetet mot hög kvalitet och patientsäkerhet sker utifrån ett processorienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar med individen i centrum. Medarbetare och chefer har en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet arbetar vi kontinuerligt med att förbygga fel och brister och hanterar avvikelser systematiskt för att skapa lärande.

Bräcke diakonis arbetssätt med balanserade styrkort skapar övergripande mål och i ett processororienterat ledningssystem beskrivs roller och ansvar samt rutiner och metoder för vård- och omsorgsprocesser. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt i organisationens övergripande styrkortsmål fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2017 på följande områden:

1. Arbetssätt, processer/metoder; Vi såg tidigt under året att vi behövde utveckla vårt arbete och registreringar när det gäller Senior Alert och BPSD. I samband med våra regelbundna möten i den lokala ledningsgruppen, vid APT samt teamträffar diskuterade vi därför hur vi på bästa sätt kunde utveckla ett bättre flöde inom dessa viktiga områden. Resultatet av detta landade i att det i grunden handlade om att skapa en mer effektiv planering av vår arbetstid. Genom att exempelvis ha fasta dagar och tider för våra teammöten skapade inte bara förutsättningar för teamet att på ett mera kvalitetssäkrat sätt arbeta med såväl registreringar, uppföljning och handlingsplaner kring varje boende, det blev också enkelt för all personal att följa den nya rutinen. Det blev med andra ord en naturlig del i vår veckoplanering som under året haft högsta prioritet i vårt systematiska kvalitetsarbete på Fristad. Vi gjorde under våren även en extra satsning på att utbilda ytterligare två BPSD administratörer. Vi ser alla ett stort värde i att regelbundet tillföra spetskompetens i teamet. Ett av våra mera långsiktiga mål är att minst 50% av alla medarbetare är just BPSD administratörer.
2. Samverkan med anhöriga: Vi såg det som en utmaning att utveckla vårt samarbete med anhöriga. Inte för att detta skulle vara något som inte fungerat tidigare, snarare tvärtom, men vi vill så gärna få igång ett anhörigråd under 2017. En önskan som fanns var även att starta en facebook sida eller liknande. Vi har dessvärre fått backa på dessa tidigare uppsatta mål. I samband med de anhörigträffar och möten som vi haft med anhöriga har verksamhetschefen tagit upp frågan kring anhörigråd. Som det ser ut just nu finns anhöriga som bor långt från Stockholm, även utomlands. Flera anhöriga är också yrkesverksamma med begränsad tid för att engagera sig i anhörigråd. Det vi kommit överens om i samband med de anhörigträffar som ägt rum är att vi alla hjälps åt för ett fortsatt fungerande samarbete främst mellan kontaktperson, legitimerad personal och anhöriga med regelbundna avstämningar och/eller uppföljningsmöten. Vi har också fått tydlig återkoppling från anhöriga att de är nöjda med det samarbete som sker idag och inte känner sig främmande att snabbt ta kontakt med oss om de upplever att något inte fungerar eller känner oro för sina närstående. När det gäller facebook har vi inom verksamheten valt att

avvakta med detta, det beror främst på att vi inte lyckats styra upp vem eller vilka som lämpligast ansvarar för att uppdatera sidan. Vi har dock genomgått en mindre omorganisation under 2017, något som bl.a ger viss personal utökade mandat och behörigheter. Ett av våra mål för 2018 kommer därför bli ett fortsatt arbete med att synas mera i sociala medier.

3. Under hösten 2017 deltog Fristad i Bräcke diakonis arbete i Förbättringskraft. Fokus på detta arbete var att försöka hitta komponenter och olika samband när det gäller en ökad oro som vi upplevt drabbar våra boende under eftermiddagar/tidig kväll. Vi kunde se ett samband när det gällde den minskade bemanningen som ofta inträffar dessa tidpunkter. Dagpersonalen går hem och under en kort stund byts personal ut, något som kan leda till att vissa aktiviteter stannar av under en kortare stund. Genom att planera kvällsarbetet och bemanningen på ett nytt sätt, mera inriktat på behov och vårdtyngd, minskade oron och resultatet visade goda effekter av denna åtgärd. Därför blir vårt fortsatta arbete att dagligen och alltid i samband med skiftbyten se över hur behovet är hos våra boende, en viktig lärdom är att aldrig fastna i en bestämd rutin när det gäller fördelningen av det dagliga arbetet. Behovet av stöd, omsorg och vårdtyngd förändras hela tiden.
4. Under 2016 noterades att medarbetarna behövde uppdatera sin kompetens inom vårt systematiska arbete med brandskydd, vårdhygien, skydds- och begränsningsåtgärder samt uppdatering av nationella värdegrunden i verksamheten. Verksamhetschefen fattade då ett beslut om att all ordinarie personal skulle genomgå Bräcke diakonis basutbildningar inom områdena värdegrund, demens ABC samt fördjupningen, basal hygien i vård och omsorg, nollvision samt musik i vården. Samtliga dessa utbildningar kunde medarbetare göra via webben. Redan i början på 2017 genomgick all ordinarie personal en brandutbildning via Bool säkerhet. Verksamhetens brandombud har varit behjälplig i uppdatering av kunskapen i samband med APT. Under våren/sommaren 2017 genomfördes en psykosocial enkät på Fristad. Resultatet från denna visade att varningssignaler på ohälsosam stress hos flera medarbetare. Då verksamhetschefen tillsammans med fackliga ombud sammanställde resultatet och gjorde upp en handlingsplan, kunde vi konstatera att den ohälsosamma stressen främst berodde på bristande sammanhållning i gruppen, brister i samarbetet samt ökad arbetstyngd under en period. Ett beslut togs då om att införa reflektionsgrupper varannan vecka. En person med utbildning inom samtal och reflektion har under året hållit i dessa grupper och all personal har varit inbjudna. Forumet har varit frivilligt för de som varit lediga men personal i tjänst har aktivt deltagit. Åtgärden har visat på förbättringar men vi kommer fortsätta även under 2018 med våra reflektionsgrupper.

4 Organisation och ansvar

4.1 Bräcke diakoni

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård-/omsorgsgivare. Styrelsen utser Direktör som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av områdescheferna för verksamhetsområden Äldreomsorg & hospice, Rehab & funktionshinder och Hälsa & vård samt ekonomichef, HR-chef, marknadschef och kvalitetschef.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: HSL, SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i sin egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för det systematiska utvecklingsarbetet i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinsk rådgivare, utvecklingssjuksköterska och utvecklingsledare samt verksamhets controller. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematisk förbättringsarbete och ledarskap. Kvalitetsavdelningen leds av kvalitetschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad

- Vårt kvalitetsarbete organiseras, planeras och följs upp främst via en systematisk och teambaserad daglig planering. Detta är vårt säkraste sätt att kontinuerligt gå igenom, planera och följa upp aktuella insatser utifrån en personcentrerad vård och omsorg till de boende. Den dagliga avstämningen sker på morgonen, eftermiddagen samt kvällen alla dagar i veckan.

- En mera strategisk och övergripande avstämning sker månadsvis (minst 10ggr/år) i samband med APT/månadsmöte. Varje medarbetare har ordet utifrån sin ombudsroll/ansvarsområde för informationsspridningen och uppdatering av kunskap. Det kan t.ex vara brandombud, dokumentationsombud, hygienombud m.fl. Nyckelpersoner såsom legitimerad personal och samordnarfunktion är också funktioner som utifrån sina roller delger information.
- APT är ett forum där de flesta verksamhetsnära beslut fattas. Oftast handlar det om operativa åtgärder och/eller insatser som rör det dagliga arbetet. Vi har även frekventare forum med mindre arbetsgrupper.
- Lokalt ledningsgruppsmöte har vi 1 ggr/v, där den gångna veckan följs upp samt vad som skall ske under kommande vecka. Vi stämmer av sådant som bemanning, ev avvikelser eller andra brister som uppmärksammas under veckan. Inom den lokala ledningsgruppen initieras och bearbetas även riskanalyser och handlingsplaner för dessa. Det arbete som produceras inom den lokala ledningsgruppen förs alltid vidare till övrig personal, främst via APT.
- Verksamhetschefen kallar minst 2 ggr/år till möte/avstämning med verksamhetens olika ombud. Vi beskrev ovan hur varje ombud ges ordet månadsvis i samband med månadsmöten/APT, men eftersom ombudens roll även många gånger är behäftade med verksamhetens olika egenkontroller sker även avstämningar löpande under året mellan ombudet och verksamhetschef.
- Verksamheten har tidigare haft "kvalitetsråd" några gånger per år. Under sommaren och hösten stannande detta arbete av men förväntas komma igång mera aktivt under 2018. En medarbetare har utsetts till kvalitetsombud. Denna person har också genomgått en internutbildning inom Bräcke diakoni och ingår i ett övergripande nätverk för kvalitetsombud. Vårt första kvalitetsråd är nu inplanerat i februari och i denna arbetsgrupp ingår utöver kvalitetsombud legitimerad personal samt verksamhetschef. Syftet med kvalitetsrådet är framför allt att arbeta strategiskt med avvikelshanteringen inom verksamheten. Vi har under 2017 uppmärksammat att vi behöver bli bättre på att följa upp avvikelser och implementera beslutade åtgärder. Vi tror att arbetet inom kvalitetsrådet kommer vara ett stöd för att öka effektiviteten och kontinuiteten med att kvalitetssäkra arbetet. Genom att en medarbetare fått spetskompetens inom området finns nu goda förutsättningar att mera konstruktivt få igång kvalitetsrådet igen. Utöver de mötesforum och avstämningar som sker inom verksamheten kallas legitimerade personal till HSL-möten med Bräckes MAS, MAR samt kvalitetsavdelningen 4 ggr/år.
- Vi strävar alltid efter ett nära samarbete med närstående med boende på Fristad. 2 ggr/år sker anhörigträffar där resultat från brukarenkäter presenteras och även en genomgång för upprättad handlingsplan och potentiella utvecklingsområden identifierats. Vi har sedan tidigare försökt få igång anhörigråd med syftet att öka närståendes medverkan i vårt systematiska arbete med kvalitetsfrågor men hittills inte lyckats genomföra detta. Under ett

anhörigmöte våren 2017 togs frågan om anhörigråd åter upp och det visade sig att det inte handlar om något bristande intresse från anhörigas sida till att delta. Det handlar främst om exempelvis praktiska skäl som att kunna frigöra tid för ett bredare engagemang. Vi fick också återkoppling från de närstående i form av positiv feedback då de överlag är mycket nöjda med vård och omsorg som bedrivs på Fristad. Ett nära samarbete finns med kontaktpersoner, sjuksköterska men också den läkare som är kopplad till verksamheten.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och brukarsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas Förbättringskraft. Utgångspunkten för detta arbete är att värdeskapandet sker i mötet mellan den som har behov och den som ger vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. Förbättringskraft har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna, Region Jönköpings läns utvecklingsenhet Qulturum och det bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I Förbättringskraft jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem verksamheterna finns till för: brukare, patienter, boende, elever eller gäster. Under programmet lär sig deltagarna att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*¹.

Vi har också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University där vi undersöker hur ständiga förbättringar och innovationer utvecklas i idéburna non-profit verksamheter.

¹ <https://clinicalmicrosystem.org/knowledge-center/curriculum/>

För att ytterligare stärka tillämpningen av förbättringskompetensen är ett av de övergripande målen i Bräcke diakonis styrkort att varje verksamhet ska genomföra minst ett dokumenterat förbättringsarbete. Med detta menas en insats som följer en vedertagen förbättringsmodell med att identifiera problem, sätta mål, hitta mått och idéer för att uppnå målen samt att man testa åtgärden enligt PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera). Vidare har vi under 2017 alla verksamheter jobbat med att identifiera sina viktigaste kvalitetsindikatorer för att förbättra egenkontrollen.

Under de senaste åren har nästan 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft och Värdeforum. Det finns ett 60-tal förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

6 Riskanalyser

6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbete bygger på att identifiera eventuella risker i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare till att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vårdens och omsorgens vardag gör individuella riskbedömningar tillsammans med brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker förebyggs och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar.

6.2 Riskanalyser på individnivå

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. Med hjälp av BPSD-registret används

för att mer personcentrerad bemöta personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Utifrån Senior alert görs även en miljöbedömning av boendes lägenhetsmiljö. Riskanalyserna kan leda till nya arbetssätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheterna systematiska kvalitetsarbeten följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under september varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens samt samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms utifrån en 3-gradig skala gemensamt i dialogen. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger sedan till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till områdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitetsarbetet, se Figur 1.



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

7.2 Lokal egenkontroll

Det är verksamhetschefen som är ytterst ansvarig för att egenkontroller sker, bearbetas och följs upp. Samtliga egenkontroller sker i nära samarbete mellan verksamhetschef och medarbetare inom verksamheten. Det är inte ovanligt att verksamhetschefen delegerar till särskilt utvalda personer som genomför själva kontrollen. I regel är det personer med spetskompetens inom specifika områden. Samtliga egenkontroller följer ett upprättat årshjul för att inget skall missas. Då en egenkontroll är gjord följer oftast en handlingsplan. Denna tas fram av verksamhetschef i samarbete med de medarbetare som genomfört kontrollerna. Egenkontrollerna är för oss framför allt ett sätt att kvalitetssäkra verksamheten. Våra egenkontroller är behäftade till lagummen SoL och HSL. Egenkontroller finns även för området arbetsmiljö vilken följer Bräcke diakonis övergripande årshjul.

Verksamhetschefen informerar, initierar, bearbetar och följer upp samtliga egenkontroller via APT, men ett aktivt arbete med dessa sker även inom kvalitetsråden där representanter från alla funktioner deltar. Under de olika processerna för respektive egenkontroll sker avstämningar utifrån behov mellan verksamhetschef och särskilt utvald personal utifrån sina respektive spetskompetenser (hygienombud, brandombud, kostombud, dokumentationsombud, leg personal m.fl).

Varje år sammanställer också verksamhetschefen genomförda egenkontroller, vilka som genomförts, åtgärder och resultat. Detta dokument sammanställs under Q1 och kommer fr.o.m. 2018 även finnas tillgänglig för all personal i Bräckes ledningssystem Sharepoint. Ett mål är att verksamheten även ska använda denna information löpande under året på ett mera effektivt sätt än tidigare.

7.3 Externa revisioner

Arbetsmiljöverket har under Q1 2017 genomfört en revision. Resultatet visade att vi behövde utveckla vårt arbete kring den psykosociala arbetsmiljön men också på ett mera utförligt och konkret sätt genomföra och följa upp generella riskanalyser. Det framkom också att det behövdes tillföras mera specifik och uppdaterad kompetens på ledningsnivå. Verksamhetschefen deltog därför i en arbetsmiljöutbildning under Q1. Under våren genomfördes verksamhetschef och skyddsombud en ny riskanalys med handlingsplan och åtgärder som kontinuerligt återkopplades och följdes upp tillsammans med all personal. En psykosocial enkät genomfördes under Q2 där det bl.a. framkom att vi behövde bli bättre på att hantera stressiga situationer och den höga vårdtyngd som pågått under en längre period. Reflektionsgrupper startades och i samband med utvärderingen av vårt arbetsmiljöarbete under Q4 kunde vi konstatera att all personal generellt blivit bättre på såväl kommunikation som samarbete sinsemellan. En systematisk uppföljning av vår arbetsmiljö sker numera månadsvis och är en av huvudpunkterna på samtliga APT.

Anticimex: Vi har två ggr/år besök av Anticimex. Vi får alltid återkoppling om att vi har en mycket god hygien i vår verksamhet. Det som framkommit är vi står inför utmaningen att hålla sådant som bestick och kökslådor helt fria från utslag när det gäller bakteriemätningar. Vi har kunnat få bättre ordning under senare delen av 2017 eftersom vi uppdaterat och tagit ett krafttag kring

hygienrutinerna med regelbundna interna egenkontroller. Vi har också kasserat och istället köpt in nya skärbrädor, bestick och/eller sådana inventarier som lätt slits ut och samlar på sig smuts.

Verksamhetsuppföljning genomfördes under Q3. Precis som föregående år fick vi på Fristad återkoppling om att vi har en väl fungerande verksamhet som håller en god kvalitet på alla plan, i synnerhet utifrån ett personcentrerat arbetssätt att bedriva en god vård och omsorg.

Brandinspektion genomfördes under Q3. Resultatet visade även på detta område en hög nivå gällande vårt arbete med SBA (systematiskt brandskyddsarbete). All ordinarie personal har under 2017 genomgått en obligatorisk brandutbildning och var tredje månad följs brandskyddsarbetet upp i samband med APT.

7.4 Nationella och regionala undersökningar

Fristad har sedan ett flertal år tillbaka legat i framkant vad gäller kundbemötande, trygghet och nöjda boende och anhöriga. Efter senast genomförda brukarenkät, 2017 håller vi fortfarande en mycket hög nivå och inom flera områden där vi är bland de bästa i Stockholm. Resultatet från Socialstyrelsens nationella brukarenkät 2017 visade att vi har 100% nöjdhet. Vi ligger fortfarande kvar på 100% när det gäller känslan av trygghet och vi är över 90% i bemötandefrågor. Självklart är vi mycket glada och stolta över att våra boende och närstående bedömer vår verksamhet på ett sådant sätt. Vi har sedan tidigare sett att vi behöver utveckla mat och måltidssituationen, detta även om 100% av de svaranden är nöjda med maten. Under 2017 har vi arbetat aktivt med att förbättra oss i dessa frågor genom täta återkopplingar mellan kostombud och verksamhetschef och genomförda måltidsobservationer. Vårt arbete med måltider och aktiviteter kommer ges extra utrymme även under 2018.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och SoL avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis elektroniska avvikelssystem. Legitimerad personal för över HSL-avvikelserna till Vodoks avvikelssystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar

verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje enhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

I enlighet med avtalet med Stockholms stad spelar Bräcke diakonis MAS och MAR en central roll i hantering av avvikelserna. MAS och MAR utreder avvikelser tillsammans med verksamhetschefen. Under förra året infördes ett digitalt avvikelssystem för både SoL- och HSL-avvikelser (DF Respons) i alla verksamheter. Detta har medfört att vi nu har bättre stöd för att fånga avvikelser och har effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa vilket skapar lärande.

8.1.1 Lex Maria och lex Sarah

Påtaglig risk för vårdskada/missförhållande samt inträffad vårdskada/missförhållande samt risk för missförhållande eller inträffat missförhållande rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAS, MAR eller SAS genomför en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada eller allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria respektive lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

Vårt systematiska arbete med avvikelshantering fungerar mycket bra men vi har fortfarande områden som behöver utveckla. Det gäller framför allt våra metoder för uppföljningar, effektivisering av flödet och inte minst när det gäller inrapportering av risker för att kunna arbeta mera förebyggande med avvikelser.

Vi är idag bättre än 2016 när det gäller inrapporteringen av just avvikelser, både inom SoL och HSL. En utredning sker omgående efter att en avvikelse har rapporterats. Samtliga avvikelser går först till verksamhetschefen, som i dialog den lokala ledningsgruppen samt involverad personal börjar med att gradera allvarlighetsgraden. Parallellt med att graderingen sätts utser verksamhetschefen vem som ska utreda händelsen. I de fall avvikelser rör HSL är det uteslutande legitimerad personal. SoL avvikelser, tillbud, eller övriga risker samt arbetsskador utreds alltid av verksamhetschefen. Oavsett vem som ansvarar för utredningen sker kontinuerligt en dialog mellan involverade medarbetare och verksamhetschef. Detta kan ske genom informella avstämningar men också i samband med teammöten och/eller APT:n.

En utmaning är att effektivt följa upp vårt systematiska arbete med avvikelser. Vi har konstaterat att vi kommit långt när det gäller utredningsprocessen och under 2017 har vi blivit bättre på att rapportera in alla sorters avvikelser. Vi kommer utmana oss själva genom att under 2018 effektivera flödet av information när det gäller återkoppling till samtliga medarbetare kring de utredningar som systematiskt sker. Vi anser också att vi behöver utveckla rapportering av risker för att förbygga att avvikelser sker.

8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, brukare eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/läkare återkopplar i specifika hälso- och sjukvårdsfrågor till anmälaren. Verksamhetscheferna återkopplar övriga ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt SFS 2017:372 Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ansvarar för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter och som inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en ändamålsenlig och fungerande struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni omfattande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning, balanserade styrkort och informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis egna kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat. Under 2017 har ett 20-tal

förbättringsprojekt genomförts. Under 2017 har flera förbättringsarbeten haft fokus på e-hälsa. Teamen utvecklade sin digitala kompetens och verksamhetens kvalitet i vardagsarbete.

- Under 2017 har Bräcke diakoni avslutat arbetet med en egen medarbetaridé som har tagits fram i en process där över 800 medarbetare deltog i workshops och seminarier. Medarbetaridén utgår från vår vision om ett medmänskligare samhälle och tydliggör medarbetarnas viktiga roll i att skapa värde för de vi finns till för.
- Bräcke diakoni deltar 2016-2018 i Famnas kompetensforum i E-hälsa som är ett ESF finansierat kompetensutvecklingsprojekt med finansiering av Europeiska Socialfonden. På Bräcke diakoni kommer 200 medarbetare genomgå omfattande utbildningsinsatser i bl.a. datoranvändning, dokumentation, informationssäkerhet, presentationsteknik och förbättringskunskap.

Utöver dessa allmänna insatser är medarbetare i vår verksamhet delaktiga i kvalitetsarbetet på följande sätt:

- Mat- och måltidssituationen för våra boende. Måltidsituationen har fått mera guldkant under 2017 men hjälp av en handlingsplan som förbättrat flödet. Vi har blivit bättre på att kunna få våra boende mer delaktiga i förberedelser som såsom dukning och utsmyckning av matsalarna. Hur väl vi lyckats beror oftast på boendes hälsotillstånd. Samarbetet mellan verksamhetschef och kostombud har tagit fart under 2017 så vi på ett effektivt sätt kan genomföra åtgärder och följa upp. Det kan handla om att personal finns på plats vid matborden och är behjälpliga i samband med måltiderna eller att vi köper in fräscha serveringsbestick och karotter för en trevlig uppdukning.
- Aktivitet och utevistelse. Det är alltid en utmaning för oss att bli bättre på detta men vi har sett förbättring i och med regelbunden planering. Under perioder då vi bedömer att vårdtyngden är extra hög genomförs "promenadgrupper" och på så vis går flera boende ut samtidigt. Vi anser att det är viktigt att boende ges möjlighet att regelbundet kunna komma ifrån avdelningarna för att få nya intryck och upplevelser. Det kan oftast räcka med en promenad inomhus i byggnaden, ta en sväng förbi biblioteket eller bara sitta och småprata över en kopp kaffe vid soffgrupperna i entrén. Det finns en medvetenhet hos all personal att vi fortfarande behöver utvecklas här. Aktivitetsombuden har månadsvis avstämningsmöten där aktiviteter och utevistelser diskuteras och planeras. Information och beslut från aktivitetsombudens möten återkopplas till personal vid APT samt vid den dagliga planeringen.

10 Samverkan

10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

Vården och omsorgen är ett komplext system med olika aktörer t.ex. i en huvudmannaroll som myndighet eller vårdgivare eller som profession i mötet med patienter, brukare och deras närstående. Många brister i vården och omsorgen beror på övergångarna mellan olika aktörer, professioner eller enskilda personer som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar sitt ansvar utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system med största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukarorganisationer.

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

10.2 Samverkan med brukare och närstående

Fristad anordnar anhörgmöten två gånger per år, höst och vår. Vi har försökt komma igång med anhörigråd med regelbundna träffar var tredje månad. I samband med anhörigträffen våren 2017 togs frågan om intresset upp igen. Även om det finns ett intresse för detta hos anhöriga har vi fått återkoppling om att ett engagemang i anhörigråd är svårt att få till eftersom det inte är ovanligt att anhöriga bor utanför Stockholm eller själva förvärvsarbetar och därmed inte kan frigöra tid för ett sådant ändamål. Under anhörigträffen våren 2017 framkom dock att anhöriga upplever att kontakten med såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal fungerar bra. Sedan en längre tid tillbaka bedömer anhöriga också att samverkan mellan dem och personal på Fristad fungerar bra som den är. Detta dels genom regelbundna återkopplingar från kontaktpersoner men också ett bra samarbete och informationsflöde med sjuksköterskor och läkare.

10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi är bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) involverad i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, Tillitsdelegationen och ett flertal andra offentliga utredningar.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård. Kvalitetschefen har bl.a. tidigare varit medlem i programrådet för Nationella patientsäkerhetskonferensen och har ansvarat för seminarier

på International Forum on Quality and Safety in Healthcare som arrangeras av Institute for Healthcare Improvement (IHI) och British Medical Journal (BMJ).

Under 2017 påbörjades ett närmare samarbete med Spånga staddelsförsamling som med regelbundna besök kommer till verksamheten för att sjunga, spela musik och fika tillsammans med boende. Vi har också påbörjat ett samarbete med Ellen Key skolan i Spånga Bromsten. I samband med ett Luciafirande, då vi hade skolelever från årskurs 4 på besök, blev det tydligt för oss hur mycket våra äldre uppskattar kontakten med yngre generationer. Under 2018 hoppas vi därför kunna utveckla detta och förhoppningsvis se mera av dessa fantastiska skolelever hos oss på Fristad.

10.4 Forskningssamverkan

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Bräcke Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Inom ramen för detta samarbete har vi under året utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende som vi bedriver i egen regi vid Hornstull i Stockholm. Syftet med ett akademiskt äldreboende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom äldreomsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den äldre personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning.

Förutom vid det akademiska boendet så har Bräcke diakoni ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP) samt tillitsbaserad styrning.

11 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

Bräcke diakonis värdegrund och vår vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Vår utgångspunkt är att jämställdhet, precis som kvalitet i ett större perspektiv, skapas i mötet mellan människor. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Bräcke diakoni innefattar alla som verkar inom vår organisation - var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande. Vi arbetar ständigt med att utveckla och stärka medvetenheten om olika människors grundläggande rättigheter.

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. För oss innebär genusbegreppet bland annat att betona att kvinnor och män inte är kvinnor och män av sig själva, utan blir det i

relation till det samhälle man lever i och till den kultur man är en del av. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål – i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss.

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningssatsningar – regelbundet och på alla nivåer
- Jämställdhet och mångfald är en del av den introduktionsutbildning som nyanställda deltar i
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald.
- En del av medarbetarsamtalet.

För Bräcke diakoni är det viktigt att ledningen är drivande och förstår varför jämställdhet och mångfald är en strategisk fråga. Det är också viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet, och vikten av att ha med detta perspektiv i alla möten och situationer.

Genom att samtliga medarbetare har kompetens och erfarenhet inom området, och fortlöpande kompetensutvecklas, säkerställer vi en verksamhet med ett jämställt perspektiv där individens behov och önskemål alltid är utgångspunkten.

12 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i januari 2017 den åttonde diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk miljöbas krav beaktar vi också:

- De olika länsstyrelsernas klimatråd och åtgärdsprogram
- Miljöhandlingsprogram i de kommuner och landsting där vi är verksamma

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning, som fylls på regelbundet med kompetenshöjande aktiviteter som t.ex. undervisning och studiebesök.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp, i det dagliga miljöarbetet, har miljöombuden som finns utsedda på respektive enhet. Tillsammans utgör de stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Vi arbetar aktivt med att minska vår miljöbelastning och har därför satt upp ett antal mål:

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår
- Minska påverkan av våra arbetsresor, genom t.ex. utbildning i Eco-drive, prioritera resfria möten i form av telefon- video och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt.
- Reducera antalet transporter har vi numera en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Inköp sker huvudsakligen av miljöanpassade varor.
- Alla våra enheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- Regelbunden övervakning av förbrukning av el, vatten och energiförbrukning. Samtliga förbrukningssiffror följs årligen upp och sammanställs i Miljöberättelsen.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Tåg skall i huvudsak användas samt att vi erbjuder tjänstecykler. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel, el, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

13 Resultat

I följande avsnitt presenteras resultaten av vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

13.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

Under hösten 2017 genomfördes ett förbättringsarbete för att minska oro hos våra boende. Förbättringsarbetet följde Bräcke diakonis kompetens och utvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete, dvs Förbättringskraft.

Förbättringsarbetet har resulterat i att personal på ett systematiskt sätt analyserar över olika orosituationer utifrån:

- Personcentrerat arbetssätt
- Planering
- Strukturering
- Kommunikation i arbetsgruppen.

Under förbättringsarbetet använde vi oss av ett verktyg som kallas "beteendeschema". Vi fann detta på BPSD:s hemsida. Detta beteendeschema är nu väl inarbetat och varit till stor hjälp i vårt arbete att minska oro hos våra boende. Ett resultat som vi är mycket stolta över att kunna visa (se bilaga 1).

13.2 Kvalitetsdialog

Område	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	3,0	2,8	3,0
2. Riskanalyser	2,5	3,0	3,0
3. Avvikelsehantering	2,7	3,0	3,0
4. Egenkontroller	2,0	3,0	3,0
5. Kunskap och kompetens	2,7	2,5	3,0
6. Samverkan	3,0	3,0	3,0

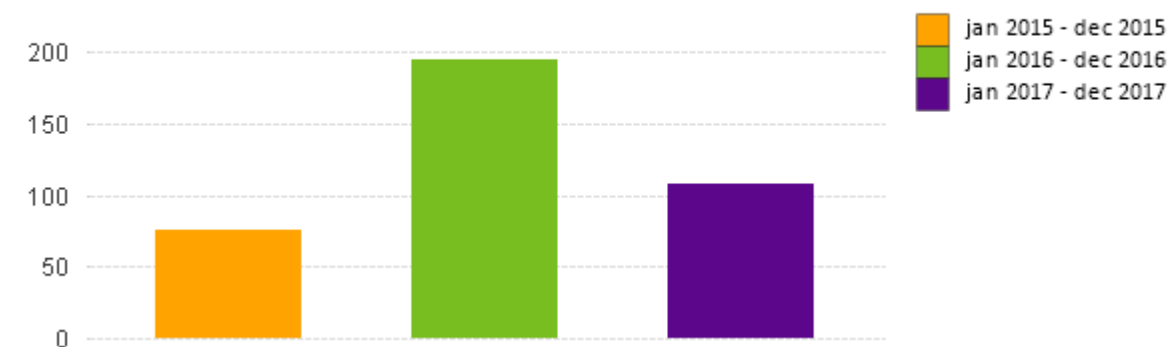
Figur 2. Resultat från årets kvalitetsdialog. Självskattning med en tre-gradig skala.

Jämfört med 2016 har vi blivit bättre i vårt systematiska arbete med riskanalyser. Bl.a. genom våra regelbundna teammöten. Det vi behöver förbättra är återkoppling och information till övrig personal av genomförda riskanalyser. Under Q1 planerar att återuppta regelbundna kvalitetsråd igen. Ambitionen är att förbättra flödet på planering, genomförande och uppföljningar av riskanalyser. Vi ser en utvecklingspotential kring egenkontroller. Egenkontroller sker, handlingsplaner görs och arbetet med åtgärder genomförs. Det vi behöver bli bättre på att tidsbestämma när samtliga egenkontroller skall äga rum för att undvika att egenkontroller missas. Vi har under senare delen av 2017 fått en bättre struktur på egenkontroller och det systematiska egenkontrollarbetet kommer kontinuerligt tas upp på kvalitetsråden.

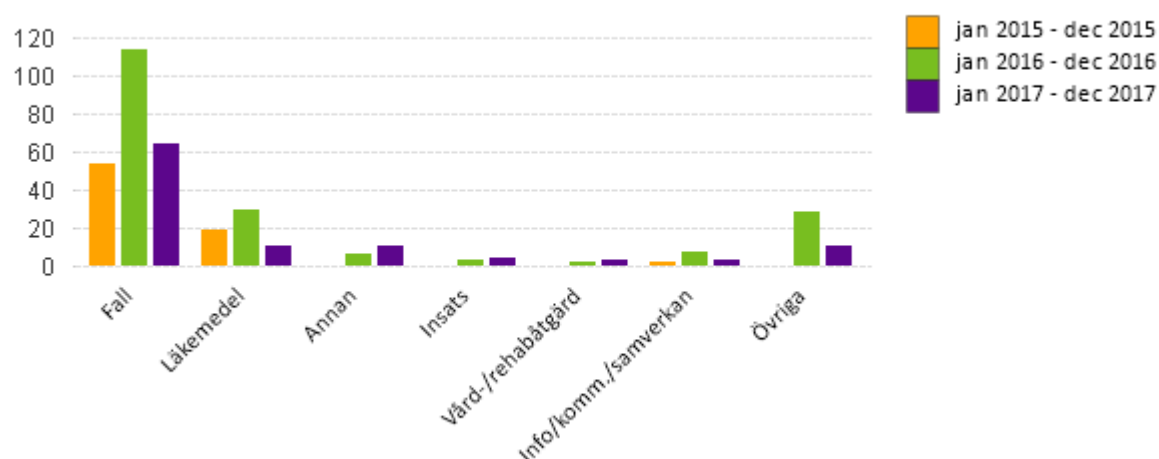
Kunskap och kompetens hänger ihop med vårt systematiska arbete kring kvaliteten i verksamheten. Vi behöver bli bättre på att följa upp befintlig kompetens samt se över vilken kompetens som måste tillföras. Detta kommer dels ske genom ett mera fördjupat arbete kring individuella kompetensplaner men också genom att sjuksköterskorna kontinuerligt följer upp arbetet kring personalens kompetens med delegeringar, mediciner samt hur dessa hänger ihop med nuvarande hälsotillstånd hos de boende.

13.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2017 samt förändringen mot tidigare år.

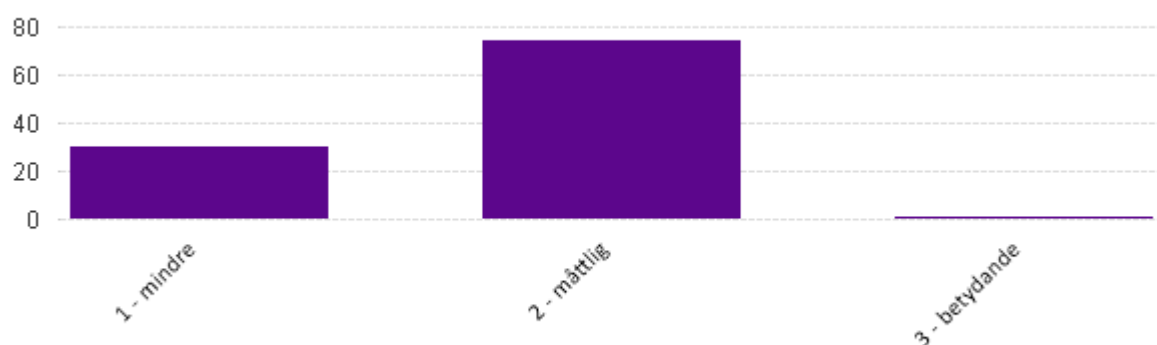
Under år 2016 påbörjades arbetet med att förbättra avvikelserapporteringen och vårt digitala avvikelssystem DF-Respons infördes. Under 2016 sågs en ökning av antalet inkomna avvikelser vilket sågs som positivt då budskapet om syftet och vikten av avvikelserapportering nått ut till alla medarbetare. Under år 2017 har merparten av alla medarbetare fått utbildning i avvikelssystemet DF-respons och om Bräcke diakonis avvikelshantering.

Antalet avvikelser gällande fall och läkemedel har minskat under år 2017. I djupare analys framkommer det att det är ett fåtal individer som står för merparten av fallen och en förändring har skett från föregående år gällande vilka individer som befunnit sig på Fristad samt förändrat hälsostatus. En annan bidragande faktor till minskat antal fall beror på att man fått en ökad kunskap och medvetenhet kring fallrisk och fallprevention.

Det minskade antalet rapporterade avvikelser gällande läkemedel har att göra med att omvårdnadspersonalen upprättat rutiner för att säkerhetsställa att läkemedel givits samt att

signeringslistor är ifyllda. Vi kommer att fortsätta arbetet med att skapa en säkerhetskultur där rapportering av avvikelser är en viktig källa till att identifiera förbättringsbehov, förebyggande av vårdskador och att alla medarbetare förstår att avvikelser är ett led i ett kvalitetssäkringsarbete.

Allvarlighetsgrad (antal), 2017



Figur 4. Avvikelsearnas allvarlighetsgrad för 2017 samt förändringen mot tidigare år.

När det gäller graderingarna så finns det en medveten strategi att "hellre" gradera en avvikelse för högt än för lågt. Avvikelse som graderats som måttliga kan med andra ord ha varit på gränsen till mindre emellanåt. Vi har valt att betrakta avvikelser som högre än lägre har varit ett sätt att lyfta vikten av att alltid rapportera in och samtidigt få all personal medvetna om konsekvenserna om vi missar eller undviker att registrera eller utreda. Om trenden håller sig kan avvikelsearnas allvarlighetsgrad blir lägre under 2018. De avvikelser som är av betydande karaktär har varit få och detta tror vi beror på att alla vi som arbetar på Fristad blivit bättre på att arbeta mera förebyggande och genom riskanalyser i tidigt skede kunnat förebygga risker.

13.3.1 Lex Maria

Inga Lex Maria ärenden har ägt rum.

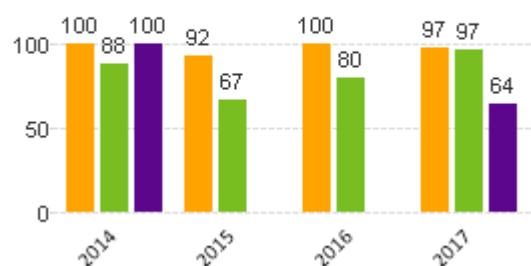
13.3.2 Lex Sarah

Inga Lex Sarah-ärenden har ägt rum.

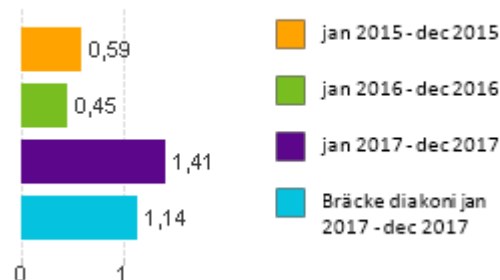
13.4 Kvalitetsregister

13.4.1 Senior alert

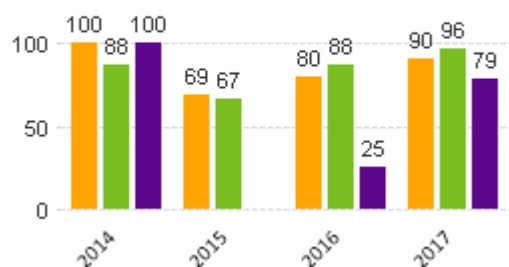
Andel boende med risk (%)



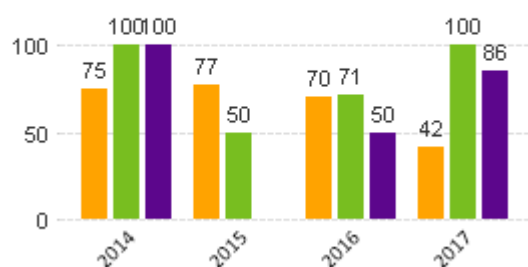
Antal riskbedömningar/plats



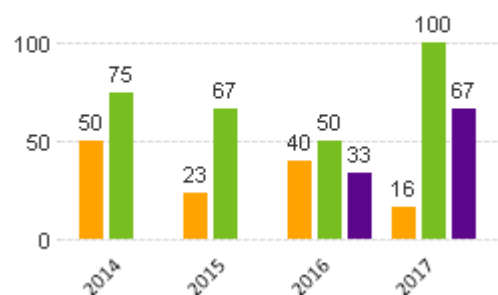
Andel boende med risk för fall (%)



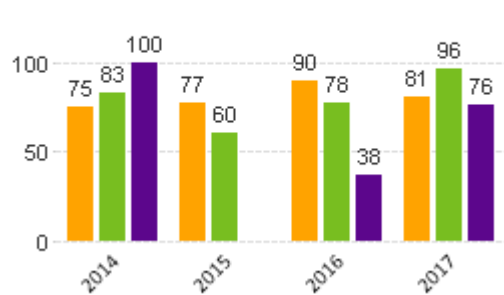
Andel boende med risk för ohälsa i munnen



Andel boende med risk för trycksår (%)



Andel boende med risk för undernäring (%)



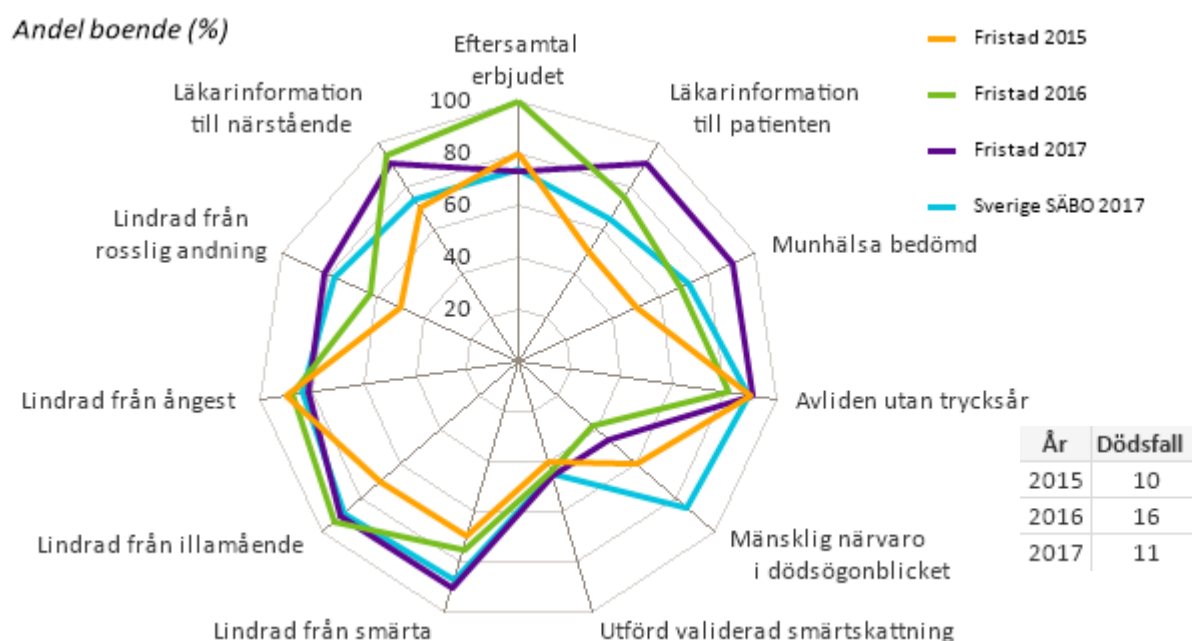
■ Andel riskbedömningar med risk... ■ ... som har åtgärdsplan ■ ... och minst en utförd åtgärd

Figur 5. Resultat från det förebyggande arbetet för att förhindra fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för 2017 (161201-171130) samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter och förändringen mot föregående år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Andelar planerade och utförda åtgärder anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

Under 2017 har fler boenden fått en planerad åtgärd med minst en utförd åtgärd jämfört med 2016. Det är dock något färre riskbedömningar genomförda per plats jämfört med 2016. Riskbedömningar,

åtgärder och uppföljningar behöver dubbeldokumenteras i Vodok och Senior alert, vilket kan innebära att dokumentationen i Senior alert får lägre prioritet. Riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförs på teammöten där sjuksköterskor, undersköterskor och rehabpersonal närvarar.

13.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 6. Resultat från Palliativregistret för 2017 (kvartal 4 2016 - kvartal 3 2017) samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Alla dödsfall under 2017 på Fristad är registrerade i palliativregistret. När en boende är livets slutskede erbjuder ansvarig läkare brytpunktsamtal med närstående samt dialog med omvårdnadsansvariga sjuksköterskor och planerar gemensamt om hur sista tiden kan göras på bästa möjliga sätt för den enskilde. Vid lindring av illamående, ångest och läkarinformation till närstående är resultatet under år 2017 tämligen likvärdigt resultatet under år 2016. De har skett en förbättring när det gäller bedömning av munhälsa, lindring av smärta, läkarinformation till patienten samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Förbättringsområden under 2018 är att ytterligare tydliggöra vårdplanerna i HSL dokumentationen och förbättra våra rutiner för användning av validerad smärtskattning.

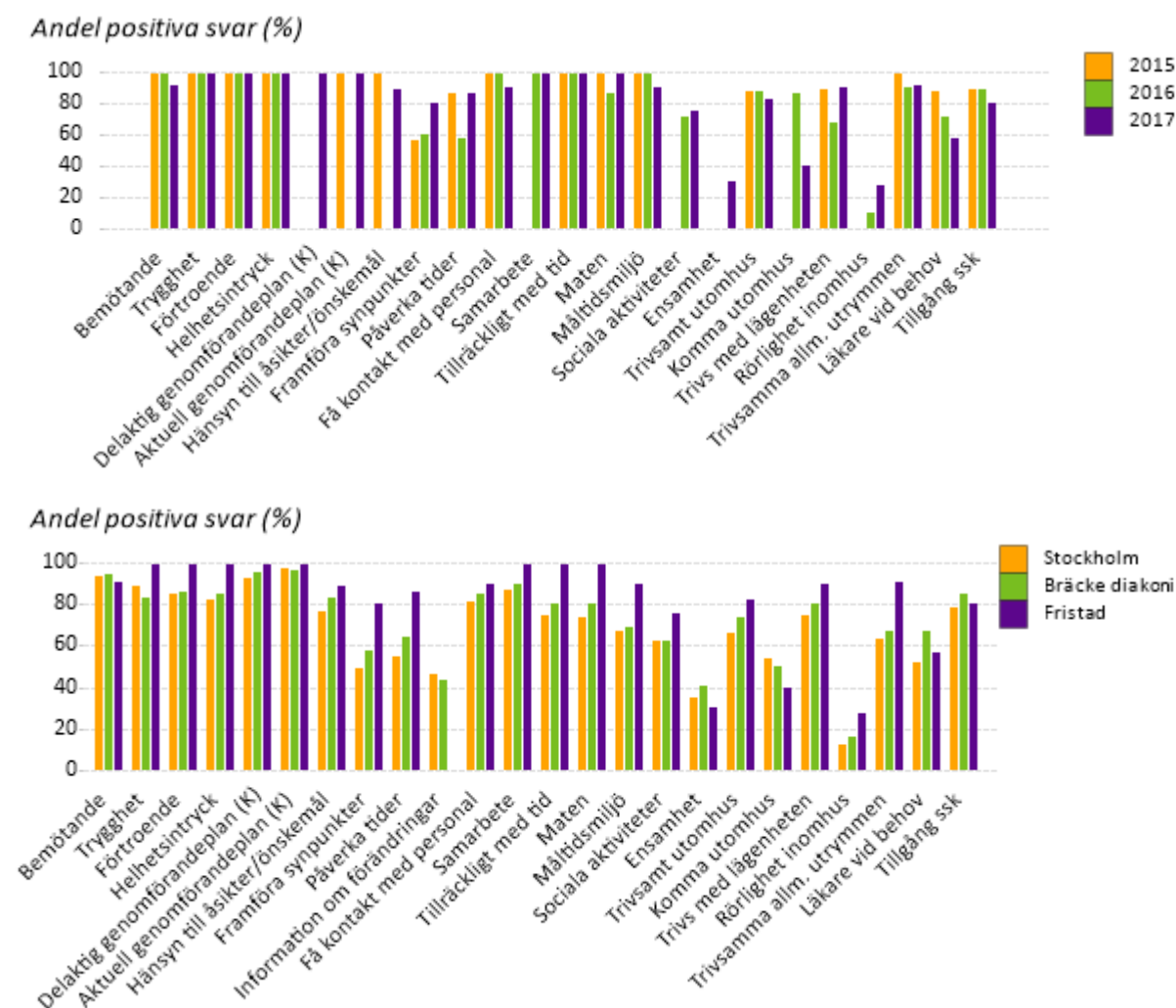
Resultatet av mänsklig närvaro i dödsögonblicket har förbättrats något men är fortfarande låg. Praxis hos oss är att få anhöriga att känna sig välkomna och delaktiga i detta skede. Då anhöriga av någon anledning inte har möjlighet att närvara sätter vi in extravak eller gör extra täta tillsyner. Ibland är det svårt att bedöma förloppet som kan gå fortare än väntat.

13.4.3 BPSD-registret

På Fristad används BPSD-registret aktivt. Alla boende är registrerade, BPSD-skattningar, bemötandeplan, vårdplan och uppföljningar görs regelbundet och i team, d v s sjuksköterska, omvårdnadspersonal samt arbetsterapeut. Nuvarande rutiner kring arbetet med BPSD registreringar är välfungerande vi har lyckats skapa kontinuitet i arbetet med registret. I och med att fler medarbetare gått BPSD-utbildning har kunskapen också ökat.

Det vi behöver förbättra/utveckla gällande arbetet med BPSD är dokumentation i både HSL och SoL. Vi behöver skapa ett arbetssätt/rutin för att registreringar och bemötandeplanerna når ut till alla medarbetare.

13.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 7. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2017 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter (Bräcke diakoni), hela kommunen och förändringen mot föregående år. Datakälla: Socialstyrelsens nationella brukarundersökning och kommun- och enhetsundersökning (K).

Även om vi ligger högt jämförelsevis i Socialstyrelsens mätningar i de flesta områden så kan vi se utvecklingsområden. Vi behöver ta reda på varför vi i förhållande till andra hamnar lite lägre gällande tillgången på sjuksköterska, detta eftersom vi under 2017 har bättre förutsättningar och själva bedömer att tillgängligheten på sjuksköterska är högre nu än jmf med exempelvis 2016. Vi behöver också arbeta vidare med frågan kring känslan av ensamhet hos våra boende. Vi har under 2017 lagt ner extra arbete på att våra boende ska ges möjlighet att umgås tillsammans men också kunna få mer egen tid med sin kontaktperson. Vi har anordnat grupp promenader, utökat utbudet av gemensamma aktiviteter men inte minst lyft kontaktpersonens viktiga roll för varje enskild boende.

När det gäller frågan kring information angående förändringar blev svarsfrekvensen för låg. Eftersom vi är osäkra på vad detta kan betyda i sin helhet kommer frågan lyftas i samband med kommande anhörigträff i mars 2018.

13.6 Egenkontrollprogram

Egenkontrollerna är uppdelade i SoL, HSL men också inom övriga områden såsom arbetsmiljö, SBA m.m. Inom Bräcke diakoni finns ett flertal obligatoriska egenkontroller men det är också upp till varje verksamhetschef att avgöra utifrån behovet inom verksamheten vilka övriga egenkontroller som ska ske. Det vanliga är att själva genomförandet av egenkontroller läggs ut/delegeras till särskilt utvalda personer från verksamhetschef. Egenkontroller datumsätts och efter genomförande sker en avstämning av dessa med verksamhetschef. I samband med detta upprättas handlings/åtgärdsplan som också initieras till övrig personal. Genomförda egenkontroller följs som regel upp månadsvis eller i rimlig anslutning till att åtgärder prövats. Detta kan ske i samband med teammöten, avstämningsmöten utifrån behov och/eller under APT.

14 Mål och strategier för det kommande året

- Återkoppling och uppföljning kring avvikelshanteringen. Vi har under 2017 blivit bättre på att rapportera och effektivisera utredningsprocesserna kring avvikelser, men vi ser fortfarande att det brister delar av informationsflödet och återkopplingen till personal. Genom den förbättrade mötesstrukturen har vi dock goda förutsättningar att lyckas bättre med information och återkoppling under 2018.
- Den förbättrade mötesstrukturen tror vi också kommer vårt arbete med personalens aktiva medverkan och möjlighet till påverkan och utveckling av den personcentrerade vård och omsorgen. Genom att vi systematiskt har möten/avstämningar kommer vi kunna disponera tiden på rätt sätt utan att möten blir något som upplevs som tidstjuvar från vårt dagliga arbete.
- Våra APT: har under 2017 utvecklats genom att varje ombud eller medarbetare med specifika ansvarsområden har ordet en kort stund vid varje möte. Utmaningen är upprätthålla detta samt att vi alla fortsätter ta ansvar för de områden som tilldelats eller åligger var och en av oss. Varje ombud har ett stort ansvar att både löpande hålla sig uppdaterad med information på egen hand men också aktivt medverka till att all övrig personal blir involverade i vårt systematiska arbete med förbättringar.
- Överlag kan vi utveckla vårt arbete med omvärldsbevakning och påminna varandra om att man inte uppfinna samma hjul två gånger. Om vi lyckas utöka vårt samarbete under 2018 med externa aktörer tror vi att detta kan resultera i nya öppningar och möjligheter.
- Vårt främsta och absolut viktigaste fokus under 2018 blir det fortsatta arbetet med personcentrerade arbetet med våra äldre. Vi kan utifrån såväl interna revisioner, egenkontroller och nationella brukarenkäter konstatera att vi behöver ta ett krafttag om detta. Vi är ganska nära men vi vill efter 2018 att det ska vara tydligt att alla våra boende ska känna sig trygga och känna att de var och en är sedda som den person de är genom att vi som arbetar på Fristad ger dem såväl trygghet, 100%, gott bemötande och får uppleva en starkt personcentrerad vård och omsorg. Detta arbete kommer vi att klara om vi fortsätter bibehålla och utveckla vårt systematiska arbete med förbättringar men också öka personalens möjligheter och kompetens för analyser och diskussion, dels i samarbete med varandra, med anhöriga och inte minst i samarbete med den boende själv.

15 Bilaga – Förbättringsarbete: Minska oro

Fristad vård- och omsorgsboende

Minska oro

Azize Ahmedjanova, Eva Liljeborg, Erica Törnqvist, Flori Kiro, Ghennet Berhe, Seida Mammadova
Coach: Erica Törnqvist erica.tornqvist@brackediakoni.se



Sammanfattning

Förbättringsprojektets syfte har varit att minska oro på eftermiddagen och kvällen och därmed öka känsla av trygghet och välbefinnande hos våra boende. Vi har hittat ett verktyg till detta!

Beskrivning av verksamheten

Fristad vård- och omsorgsboende ligger i Bromsten och är ett boende för personer med demenssjukdom. Verksamheten har 22 lägenheter vilka är uppdelade på två avdelningar. På Fristad arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut, läkare och verksamhetschef. Vårt mål är att ge god vård i ett hemlikt boende och möjlighet till meningsfull tillvaro.

Förbättringsområde

På Fristad har vi upplevt att oron ökar hos vissa boende på eftermiddagar och kvällen och då väcktes frågan: Vad kan vi göra åt det? Med hjälp av BPSD-registret och hela teamets kompetens identifieras och skattas symptom som sedan analyseras och därefter utformas en vårdplan. Vår drivkraft har varit att hitta en lösning eller metod som passar för den enskilde.

Mål och Mått

Huvudmålet var att minska oro på eftermiddagar och kvällen hos 6 personer. För att mäta oron använde vi oss av ett Beteendeschema som är hämtat från BPSD-registrets hemsida.

Planering och genomförande

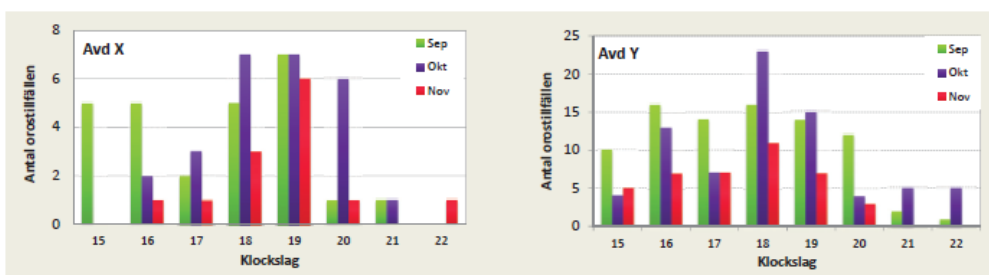
All personal informerades om projektets syfte. Vi valde ut 3 boende på varje avdelning som ofta är oroliga på eftermiddagar och kvällen. Kontaktpersonerna till dessa boende ombads att hämta in information samt fylla i ett frågeformulär för att få en mer fördjupad bild av personen. När detta var insamlat började vi att mäta oron med hjälp av ett beteendeschema. Vi använde oss av beteendeschemat som finns på BPSD-registrets hemsida som mäter när/vilket klockslag personen är orolig, hur hög oron är, varför personen är orolig samt vilken/vilka åtgärder som gjorde att den boende blev lugn. Efter att vi hade mätt oron hos 6 boende i 2 veckor började vi testa olika personcentrerade åtgärder/bemötande som skulle minska oron. För att utvärdera om åtgärderna hade en positiv effekt, fortsatte vi använda beteendeschemat.

Tid	Beteende	Åtgärd	Kommentar (trolig utlösande faktor till oron, resultat av åtgärder och annat av värde)	Sign
Beteende 0= Sovor 1= Lugn 2= Viss oro 3= Mycket orolig 4= Skriker 5= Hallucinationer 6= Aggressiv 7= Viljlös, nedstämd Åtgärd A= Samtal/samtalstap B= Promenad C= Måltid/fika D= Toilettbesök E= Duka, badda, damma F= Deltar i underhållning G= Annet				

Beteendeschema

Idé att testa

Vi valde att testa olika personcentrerade rutiner för att se om vi kunde minska oron. Den 9/10 införde vi en ny kvällsrutin, efter middagen följdes 3 boende till TV-rummet. Syftet var att se om TV-tittande kunde ha en lugnande effekt? I början på november testade vi ytterligare en ny rutin, den s k "löparen" som börjar sitt arbetspass på eftermiddagen, skall gå till respektive avdelning för att få rapport och utifrån behoven, planera kvällsarbetet.



Studera resultat

Mätningen visade vilka tider som oron var som högst, ett tydligt mönster kunde ses. Resultatet visade också att oron ökat från september till oktober, på båda avdelningarna. Det berodde bl a på att den 10/10 inkluderades ytterligare en person i mätningen, och denna person var väldigt orolig vilket "smittade" av sig på andra boenden. Den nya kvällsrutinen, titta på TV, fungerade bra för 2 av personerna. Men den tredje boende blev mer orolig av TV-tittandet, men blev istället lugn av att få ligga på soffan i dagrummet. Vi såg också ett samband mellan ökad oro och när personal ej var i närheten. Den nya rutinen för "löparen/undersköterskan" har medfört att oron har minskat under november månad.

Agera och dra slutsatser

Vi upplever att beteendeschemat hjälpt oss att kunna identifiera när, hur och varför de boende blir oroliga. Detta har i sin tur bidragit till att:

- ✓ Vi har blivit bättre på att försöka finna personcentrerade åtgärder och att enkla åtgärder kan ge stor effekt!
- ✓ När vi mäter oron över tid får vi reda på om åtgärderna fungerar.
- ✓ Vi har lärt oss att analysera en orosituation, både utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i planering och i kommunikation i personalgruppen.

Vi har tagit ett första steg i att bli bättre på att minska oro hos boenden på Fristad och därmed ett första steg i att öka deras livskvalitet och välbefinnande.