

Vård- och omsorgsboendet
Åsengården

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2015*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2015

Vård- och omsorgsboendet Åsengården

© Bräcke diakoni - januari 2016

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	6
4	Organisation och ansvar	7
	4.1 Bräcke diakoni.....	7
	4.2 Vård- och omsorgsboendet Åsengården	7
5	Systematiskt förbättringsarbete	8
6	Riskanalyser.....	9
	6.1 Riskanalyser på organisationsnivå	9
	6.2 Riskanalyser på individnivå	9
7	Egenkontroll.....	10
	7.1 Kvalitetsdialog.....	10
	7.2 Externa revisioner	10
	7.3 Omvärldsbevakning	10
8	Avvikelsehantering.....	11
	8.1 Avvikelser	11
	8.2 Klagomål och synpunkter.....	11
9	Medarbetarnas delaktighet	13
10	Samverkan.....	15
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	15
	10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående	15
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer	16
11	Resultat	17
	11.1 Systematiskt förbättringsarbete	17
	11.2 Kvalitetsdialog.....	17
	11.3 Avvikelser	18
	11.4 Kvalitetsregister	19
	11.4.1 Senior alert	19
	11.4.2 Svenska palliativregistret.....	20
	11.4.3 BPSD-registret	20
	11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	21
12	Mål och strategier för det kommande året	23

1 Sammanfattning

Åsengården har arbetat mycket med kost- och måltidssituationen. Vi har försökt öka medarbetarnas förståelse för kosten och måltidssituationens betydelse för ökat näringsintag. Maten ska serveras i karotter så alla boende själv kan ta den mängd mat man vill äta. Karottsystem har fungerat på alla våningar, men olika bra. För att minimera oro i samband med måltider har vi infört en checklista som personalen bockar av vid varje måltid så att störningsmoment minimeras. Detta har också inneburit att boende trivs bättre vid måltiderna.

Läkemedelsavvikelserna har ökat något under 2015 efter att vi införde APO-doser i november 2014. Vi arbetar ständigt med att se över våra rutiner och arbetssätt. Alla avvikelser tas upp på kvalitetsråd samt med berörd personal så fort misstaget uppmärksammas. Stort behov finns av nya läkemedelsskåp till alla boendes lägenheter.

Under 2015 har vi arbetat vidare med den sociala dokumentationen och skrivit personcentrerade genomförandeplaner. Istället för en dokumentationsstödjure har vi nu tre stycken, det vill säga en person per plan. Detta har resulterat i att alla vågar dokumentera och att alla vet var hjälpen finns om man behöver det.

Vi har under 2015 arbetat med BPSD-registret i olika PGSA-hjul och lärt oss använd statistiken i systemet. Vi utvecklar ständigt våra arbetssätt för att anpassa oss till de boendes behov. Resultatet av vårt färdiga förbättringsarbete beräknas vara klart för redovisning under april 2016.

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 värden och omsorgen utvecklas eftersom det finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete 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 i systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Patientsäkerhetslagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns tillför.

Vård- och omsorgsboendet Åsengården tar hand om människor med demenssjukdomar och har 29 platser. Åsengården bedriver vård och omsorg på uppdrag av Stockholms stad, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning inom följande lagrum: HSL och SoL.

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: Samordnare, arbetsterapeut, diakon, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska, vårdbiträde och verksamhetschef.

3 Strategier och fokusområden

Arbetet mot hög kvalitet och patientsäkerhet sker utifrån ett processororienterat 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 en hög patientsäkerhet arbetar vi kontinuerligt med förebyggande av fall, undernäring och trycksår, följsamhet till de basala hygienrutinerna, läkemedelsgenomgångar och en god vård i livets slut.

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 omsorgsprocesserna. 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 2015 på följande områden:

- Åsengården har arbetat mycket med kost- och måltidssituationen. Vi har försökt öka medarbetarnas förståelse för kosten och måltidssituationens betydelse för ökat näringsintag. Maten ska serveras i karotter så alla boende själv kan ta den mängd mat de vill äta. Karottsystem har fungerat på alla våningar, men olika bra. Periodvis har det förekommit att vissa boende inte klarat av detta och då har personalen serverat maten direkt på deras tallrikar. När karottsystem används äter de boende mer och längre. De trivs också bättre vid måltiderna. För att minimera oro i samband med måltider har vi infört en checklista som personalen bockar av innan varje måltid så att störningsmoment minimeras. Ingen radio eller diskmaskin får stå i bakgrunden och störa osv.
- Läkemedelsavvikelsena har ökat något under 2015 efter att vi införde APO-doser i november 2014. Vi arbetar ständigt med att se över våra rutiner och arbetssätt. Alla avvikelser tas upp på kvalitetsråd samt med berörd personal så fort misstaget uppmärksammas. Stort behov finns av nya läkemedelsskåp till alla boendes lägenheter.

4 Organisation och ansvar

4.1 Bräcke diakoni

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård- och omsorgsgivare. Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen för 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 patient- och brukarsäkerhet. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar legitimerad personal för att utföra riskbedömningar på individnivå och genomföra nödvändiga insatser. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

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

4.2 Vård- och omsorgsboendet Åsengården

Teambaserat arbetssätt är något vi arbetat mer med under 2015. Utgångspunkten är att alla personalkategorier mer aktivt samverkar kring de boendes omvårdnad och vi arbetar personcentrerat. Vi tar med både närstående och brukare när vi diskuterar omvårdnadsinsatser och hur de ska genomföras.

Under 2015 utökades sjukgymnastens tjänstgöringsgrad till 57,5% mot tidigare 25%. Anledningen var att öka aktiviteterna på eftermiddagarna. Samtidigt utökades omvårdnadspersonalens tjänstgöringsgrader för att arbeta mer med aktiviteter på eftermiddagarna. Finansieringen kom från det statliga stimulansbidraget och totalt fick vi 1,0 tjänst i bidrag.

Vi har dokumentationsstödjare på varje plan och en förbättringscoach i verksamheten.

En av våra sjuksköterskor är även utbildad vårdlärare och demenssjuksköterska.

Åsengården har ett stort antal BPSD-administratörer, vilket verksamhetschefen anser vara en förutsättning för att komma vidare med både registreringarna och förbättringsarbetet utifrån registrets statistik. Alla boende registreras vid behov och minst två gånger per år, oavsett om de har BPSD-symptom eller ej. På detta vis kan vi se när i tiden symptomen kom ifall de får symptom.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (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 patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas *Förbättringskraft* samt deltar i branschorganisationen Famnas program *Värdeforum*. Utgångspunkten för detta arbete är att välfärdens värdeskapande sker i mötet mellan den som har behov av och den som ger vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares kompetens och engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. *Förbättringskraft* har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna och 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.

Förbättringskraft är också en del i ett pågående forskningssamarbete med Famna och Hälsohögskolan i Jönköping där vi undersöker hur ständiga förbättringar utvecklas i idéburna non-profit verksamheter.

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 testat åtgärden enligt PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera).

Under de senaste åren har över 300 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom *Förbättringskraft* och *Värdeforum*. Det finns över 70 förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

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

6 Riskanalyser

6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister 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 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 patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras med förankrade arbetssätt 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

Under året 2015 har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts på samtliga boende enligt validerade instrument. Åtgärder har vidtagits fortlöpande med regelbundna uppföljningar.

Alla registreringar är genomförda i Senior alert. Registreringar av dödsfall har genomförts i Palliativregistret på alla som avlidit på Åsengården. Individuella inkontinensutredningar har genomförts på alla inkontinenta boende.

Infektionsregistreringar har genomförts. Registreringar i BPSD-registret har genomförts på alla boende 2ggr/år.

Följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt och dialoger har förts i arbetsgrupperna om risker för smitta.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med boendeansvarig läkare, för att kunna minimera bruket av läkemedel.

Vid försämrat matintag har bedömningsinstrumentet MNA och ROAG använts. Sjuksköterskorna har gjort regelbundna muninspektioner och utifrån detta har konsistensanpassad kost erbjudits med regelbundna uppföljningar. Boendes BMI-värden har följts, vikten har kontrollerats en gång per månad. Boenden har erbjudits energirik kost med täta mellanmål och näringsdryck.

Oral Care har utfört regelbundna munhälsobedömningar, boendes personliga tandläkare/tandhygienist har åtgärdat eventuella problem. Regelbundna förflyttningsutbildningar och uppdateringar av liftar och lyftskynken har genomförts av rehab.personalen.

Ökat fokus på teambaserat arbetssätt har lett till förbättrad säkerhet för den boende.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog

Som en viktig del i Bräcke diakonis egenkontrollarbete genomförs årligen minst en kvalitetsdialog i varje verksamhet som leds av kvalitetsavdelningen. 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 kvalitet samt följer upp ledningssystemet och verksamhetens avvikelser. Kvalitetsdialogen hjälper oss att synliggöra och sprida goda exempel samt att identifiera verksamhetens utvecklingsbehov. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef och andra medarbetare från verksamheten.

Under 2015 har vi testat att ha med en verksamhetschef från annan verksamhet på kvalitetsdialogen. På detta sätt kan vi ta vara på andra chefers kompetens, främja lärande över verksamhetsgränser och skapa en kultur av öppenhet och nyfikenhet.

7.2 Externa revisioner

Under 2015 har Åsengården reviderats av beställarens avtalshandläggare, kommunens MAS/SAS, Apoteket och Arbetsmiljöverket

Revisionerna gav följande resultat:

- Avtalsuppföljning med Hägersten-Liljeholmens SDF genomförs en gång per år, under våren, samt har vi ett avstämningsmöte under hösten. Hägersten-Liljeholmens SDF gjorde ett oanmält besök under sommaren 2015.
- Apoteket genomförde en granskning under hösten och det fanns inte mycket att anmärka på.
- Arbetsmiljöverket genomförde en inspektion under september och gjorde ett återbesök i slutet av november. Inspektören var inte nöjd med våra arbetsmiljöbedömningar. Vi har under hösten arbetat och utbildat personalen i arbetsmiljö och belastningsergonomi samt gjort om alla arbetsmiljöbedömningar och tagit fram nya blanketter. Arbetsmiljöverket var mycket nöjd efter sitt återbesök.

7.3 Omvärldsbevakning

För att utveckla verksamheten använder Vård- och omsorgsboendet Åsengården information och data från följande källor:

- Nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen, Nationell kommun och enhetsundersökningen (Äldreguiden), Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret.

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 introduceras och får fortlöpande information om rutiner för rapportering av avvikelser som finns inom Bräcke diakoni. För varje avvikelse eller synpunkt genomförs en systematisk analys av bakomliggande orsaker som leder till en åtgärdsplan och förbättringsförslag. Behov av systemändringar lyfts fram även när de avser en annan nivå eller huvudman.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser diskuterar verksamhetschefen med kvalitetsavdelningen för lämplig hantering av ärendet. Vid allvarlig risk för personskada och vid allvarlig personskada gör kvalitetsavdelningen tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid behov anmäls till IVO (Lex Maria, Lex Sarah) och/eller beställande myndighet. Varje enhet analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom och på så vis 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 och avslutar dessa i Vodok.

Åsengården har kvalitetsråd i anslutning till APT varje månad där all personal deltar. Sjuksköterskan går igenom alla HSL-avvikelser och verksamhetschefen går igenom avvikelser enligt SoL och synpunkter gällande boende och deras omvårdnad. Fortfarande sker SoL-avvikelse- och synpunkt-rapporteringen på papper och HSL-avvikelse- och synpunkt-rapporteringen i Vodok, men företagets interna avvikelse- och synpunkt-system DF Respons kommer införas för SoL-avvikelserna med start under 2016.

8.2 Klagomål och synpunkter

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

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" som 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. Verksamhetschefen ansvarar för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter och som inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

Åsengården har anhörigträff två gånger per år. Vi brukar ha det som en punkt på agendan där vi tar upp vart närstående kan vända sig om de har synpunkter och/eller klagomål. Vi tar också upp vilka

synpunkter som passar bra att ta upp med kontaktman, sjuksköterska, rehab och läkare. Vi talar också om att alla synpunkter naturligtvis kan lämnas till verksamhetschef som tar det vidare till berörd person om man hellre föredrar det.

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.
- Omfattande utbildningsinsatser inom områden demens, palliativ vård, mjuk massage samt social dokumentation
- 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 2015 har ett 20-tal förbättringsprojekt genomförts både inom Förbättringskraft och som utvecklingsprojekt i verksamheten.
- Under 2015 har Bräcke diakoni särskilt satsat på en utbildning om medarbetarskap. I tvärprofessionella grupper har alla medarbetare jobbat med frågor kring bemötande, medarbetarskap och ledarskap på olika nivåer i organisationen och skapat ett forum för delaktighet och ansvarstagande för organisationens utveckling.

Utöver dessa allmänna insatser har medarbetare på Åsengården deltagit i följande satsningar:

- Medarbetarna på Åsengården är vår största och viktigaste resurs. Bräcke diakoni i egenskap av arbetsgivare värnar de anställda och ser till att de får kontinuerlig utbildning inom olika områden. Alla medarbetare har under 2015 deltagit i medarbetardagarna som varat i två dagar på kurorten Mösseberg i Falköping.
- Tio medarbetare har under året gått utbildning i palliativ vård och sju har gått utbildning i mjukmassage.
- En medarbetare har gått undersköterskeutbildning.
- Verksamhetschefen har läst kursen Kommunikation, ledarskap och hälsa, 15 hp på Stockholms universitet.
- Alla medarbetare har fått utbildning i arbetsmiljö och belastningsergonomi.
- Tre kostombud har gått utbildning i kost- och måltidssituationen och fått ett fint utbildningsmaterial i olika kostpärmar till respektive våning. Hela äldreomsorgen inom Bräcke diakoni använder samma koncept.

- Åsengården har dokumentationsstödjare på alla våningar och de hjälper personalen om/när de behöver hjälp med t.ex. att skriva en ny genomförandeplan. Vi har under året fortsatt vårt arbete med dokumentationen i både ParaSol och Vodok. Nytt klassificeringssystem, ICF infördes i januari 2015 och det implementeringsarbetet har tagit mycket tid under året. En av våra sjuksköterskor är Vodokhandledare och har lagt ned mycket tid på att få med alla sjuksköterskor i det nya tänket.
- På Åsengården har vi under det senaste året utvecklat vårt arbete med BPSD. Vi har totalt 12 BPSD-administratörer, varav en också är auktoriserad utbildare i BPSD-registret. All personal har sett filmen om BPSD på webben och i anslutning till det har vi haft samtalsgrupper där vi har diskuterat varför vi ska arbeta med detta förbättringsområde.
- Vid behov och två gånger om året (mars och september), skattas alla boende i BPSD-registret, oavsett om de uppvisar BPSD-symptom eller ej. Vårt förbättringsarbete under 2015-2016 består av att använda statistiken i registret för vår verksamhet. Vi såg att vi hade hög andel boende med motorisk oro och det fanns många boende med lugnande läkemedel. Vi ser ständigt över våra arbetsätt och kommer att fortsätta göra det under 2016.
- Åsengården har APT varje månad (utom juli). Detta forum är till för att samverka över alla personalkategorier och samtidigt medarbetarnas forum för att diskutera och till exempel ta upp eventuella förändringar av verksamheten.
- Vi har under året arbetat med kommunikation och gjort en del samarbetsövningar på planeringsdagarna för att visa på hur svårt "enkel" kommunikation kan vara. Det är viktigt att alla vågar säga sin mening och att alla blir lyssnade på. Alla avdelningar har planmöten där de tar upp sin avdelnings inre angelägenheter. Detta är forumet för att diskutera arbetsätt på avdelningen, olika rutiner och göra planering framåt.

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 på största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apoteken m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

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 patienter, brukare och närstående

Åsengården organiserar samverkan med brukare och närstående genom anhörgmöten och följande insatser:

- Åsengården har anhörgmöten två gånger per år, vid två tillfällen varje termin.
- Intresset för att starta ett anhörgråd har varit svalt och ingen har anmält sitt intresse på förfrågan via brev och under anhörgmöten. Vi har dock många närstående som kommer flera gånger i veckan som personal och även verksamhetschefen träffar regelbundet.
- Varje kontaktman har i uppdrag att göra upp med "sina" närstående om hur ofta de ska ha kontakt och under vilka former. Regeln är minst ett telefonsamtal i månaden. Sedan finns det närstående som föredrar sms-kontakt och vissa endast när någon förändring inträffar, andra vill ha personlig kontakt när de besöker sina respektive anhöriga och försöker komma de helger som kontaktmannen arbetar.
- Verksamhetschef har regelbunden kontakt med vissa närstående eftersom de önskar ha det så.
- Vårdplaneringar genomförs minst en gång per år. Då träffas i regel sjuksköterska, kontaktman och närstående. Rehabiliteringspersonal är med om de är involverade i vården, eller kommer behöva vara det. I särskilda fall är verksamhetschef med på vårdplaneringar. Det händer även att läkaren deltar i en del vårdplaneringar, det beror på mötets orsaker.
- Hösten 2015 ändrades Vingslagets namn till Bräcke diakoni Stockholm AB. Detta firades tillsammans med både boende, närstående och all personal. Vid det tillfället hade vi ingen särskild agenda med punkter, utan alla fick passa på att ställa frågor efter en kort presentation från verksamhetschefen.

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

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter.

Åsengårdens samverkanspartners är:

Läkarsamverkan med Örbydoktor sker en gång per vecka. Läkaren har rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de boendes behov. Vidare förs kontinuerlig dialog som rör patientsäkerheten.

Vårdliljan AB har ansvarat för sjuksköterskeinsatser utanför kontorstiden. En skriftlig insatsbeställning faxas till Vårdliljan där det framgår vilka insatser som önskas för den boende. Efterföljande dag meddelar Vårdliljan via fax att de har utfört de begärda insatserna. Dokumentation har skett kontinuerligt i Vodok.

Hjälpmiddelscentralen är en samverkanspartner. Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning en gång per år genom ett serviceavtal med leverantören.

Oral Care har informerats när en ny boende har flyttat till enheten för en munhälsobedömning.

Medicinsk fotvård har utförts regelbundet. Fotvården utför behandlingen i boendes lägenhet. Efter behandlingen har fotvårdaren utifrån behovet informerat kontaktpersonen/sjuksköterskan om boendes fotstatus.

Maten kommer från ISS i Älvsjö. Vi handlar även mat på Hägerstensåsens ICA.

Tandläkaren, frisören på torget är andra samarbetspartners.

Vi samarbetar även med Sweja.

Vi samverkar också med Stockholms stad.

11 Resultat

I följande avsnitt presenteras resultaten av Åsengårdens systematiska kvalitets- och patient-/brukarsäkerhetsarbete.

11.1 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2015 har Åsengården arbetat med implementeringen av nya Vodok och ICF.

Vi har arbetat vidare med den sociala dokumentationen och skrivit personcentrerade genomförandeplaner. Istället för en dokumentationsstödjare har vi nu tre stycken, det vill säga en per plan. Detta har resulterat i att alla vågar dokumentera och att alla vet var hjälpen finns om man behöver det. Man kan vända sig till vilken dokumentationsstödjare man vill, det behöver inte vara den som arbetar på det egna planet.

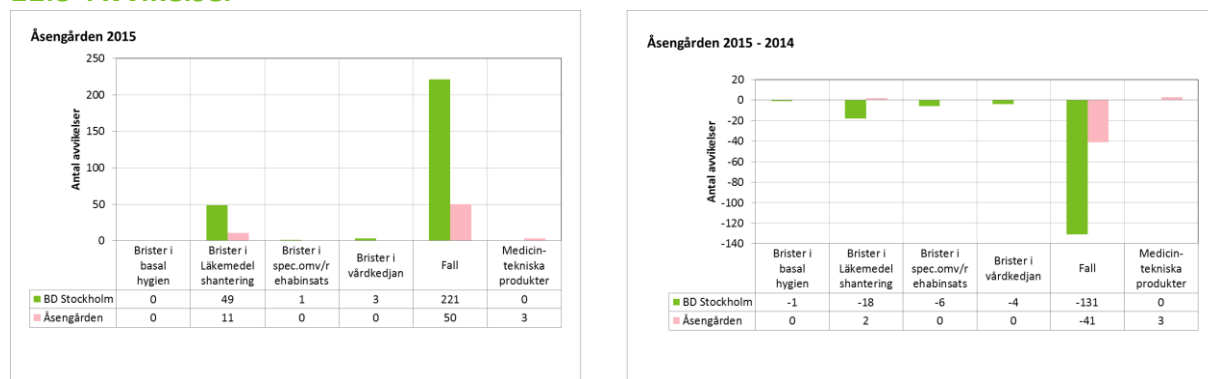
På Åsengården skattas alla boende enligt BPSD-registret två gånger om året samt vid behov. Boende som idag flyttar in på Åsengården är sjukare nu när de flyttar in än vad de var för bara 3-5 år sedan. Boendes tillstånd kan förändras snabbt och det är viktigt att ha koll på när deras eventuella BPSD-symptom kommer och snabbt sätta in rätt bemötandeåtgärder, så de kan fortsätta må så bra de kan. Vi har under 2015 arbetat med BPSD-registret i olika PGSA-hjul och lärt oss använd statistiken i systemet. Vi utvecklar ständigt våra arbetssätt för att anpassa oss till de boendes behov. Resultatet av vårt färdiga förbättringsarbete beräknas vara klart för redovisning under april 2016.

Vi har arbetat med kost och måltidssituationen. Vi har haft en sjuksköterska som ägnat tid till arbetet under 2015. Tre kostombud är utbildade och de har även gott livsmedelsutbildning via Anticimex. Resultatet av arbetet har blivit att boende äter mer när de får lägga upp sin egen mat. Karottsystemet har också gjort att måltiden drar ut på tiden och att det blivit en viktig aktivitet. Färre personer väljer att äta i sin lägenhet. Vi har bytt färg på tallrikarna så att de boende bättre ska se maten, t.ex. fisk och potatis syns bättre på en mörk tallrik än på en vit.

11.2 Kvalitetsdialog

Kvalitetsdialogen var ett bra forum för att diskutera olika saker gällande verksamheten. Jag som verksamhetschef för Åsengården, hade förmånen att vara med på en annan verksamhets kvalitetsdialog. Det var väldigt givande och jag fick tips som jag kunde ta med mig. Det gick också bra att göra en del inlägg i diskussionerna som jag tror att båda enheterna kan ha nytta av. Det är ett bra forum för erfarenhetsutbyte och man inser att ens verksamhet inte är så unik som man tror. Vi tampas med många liknande frågor, om än på lite olika vis.

11.3 Avvikelser



Figur 1. Resultat från avvikelshantering för 2015 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter i Stockholm samt förändringen mot föregående år.

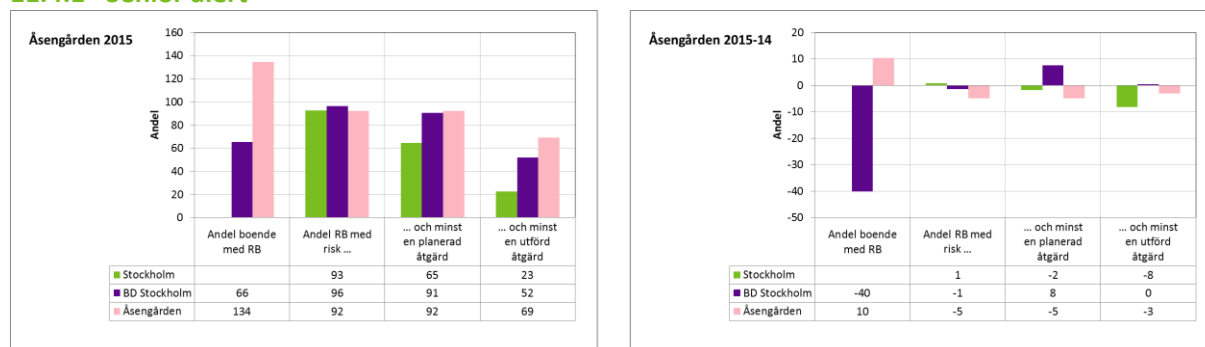
Kommentarer

Åsengården införde APO-doser i november 2014. Det året hade vi 9 stycken läkemedelsavvikelser och det rörde sig mest om glömda signaturer. Under 2015 ökade antalet läkemedelsavvikelser till 11 st. Ökningen är inte alarmerande, men vi ser att avvikelserna är av allvarigare karaktär. Under 2015 har det varit avvikelser i form av att personal inte läst ordentligt på APO-dospåsen så någon boende har fått dubbeldos läkemedel, eller att man glömt ge läkemedel i tid. Avvikelserna har inte lett några allvarliga konsekvenser för de boende, men det har varit onödiga händelser som inte hade behövt ske.

Under 2014 hade vi 91 avvikelser avseende fall och under 2015 sjönk antalet fall till 50 fallavvikelser. Detta berodde huvudsakligen på att de 3-4 boende som föll upprepade gånger under 2014 antingen inte längre kunde gå eller att de har avlidit.

11.4 Kvalitetsregister

11.4.1 Senior alert



Figur 2. Resultat från det förebyggande arbetet för att förhindra fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för 2015 (141201-151130) samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter i Stockholm, hela Stockholms stad och förändringen mot föregående år. Data kommer från kvalitetsregistret Senior alert. 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. Uppgifter avser riskbedömningar för alla riskområden tillsammans.

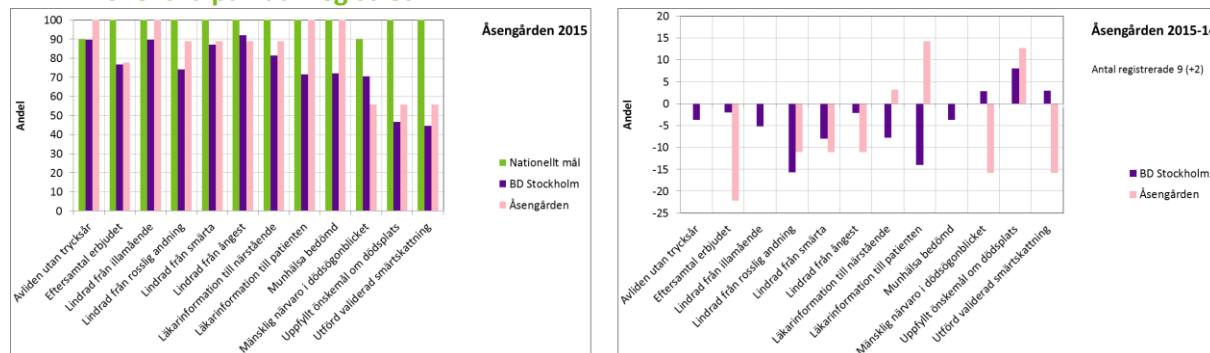
Kommentarer

Åsengården arbetar aktivt med att registrera i Senior alert. I Senior Alert görs riskbedömningar och åtgärder planeras och utförs utifrån riskerna. Åsengården har under 2015 ökat andelen registrerade boende med riskbedömningar. Vi hade 134 procent registrerade under året. Den höga andelen riskbedömningar beror dels på att vissa boende behöver riskbedömas oftare än en gång per år samt att det flyttat in nya boende till Åsengården.

Andelen riskbedömningar med risk sjönk från 97 till 92 procent liksom riskbedömningar med minst en planerad åtgärd. Andelen utförda åtgärder har minskat med 3 procent till 69 procent under 2015. En orsak till att skillnaden mellan planerade åtgärder och utförda åtgärder är så stor är bland annat att boende inte vill delta i de åtgärder som planerats.

Under 2016 ska vi flitigt fortsätta göra riskbedömningar i systemet samt försöka planera åtgärder som boende i större utsträckning vill delta i.

11.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 3. Resultat från Palliativregistret för 2015 (kvartal 4 2014 - kvartal 3 2015) samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter i Stockholm (BD Stockholm), de nationella målen och förändringen mot föregående år. Andel avlidna som har fått respektive insatser.

Kommentarer

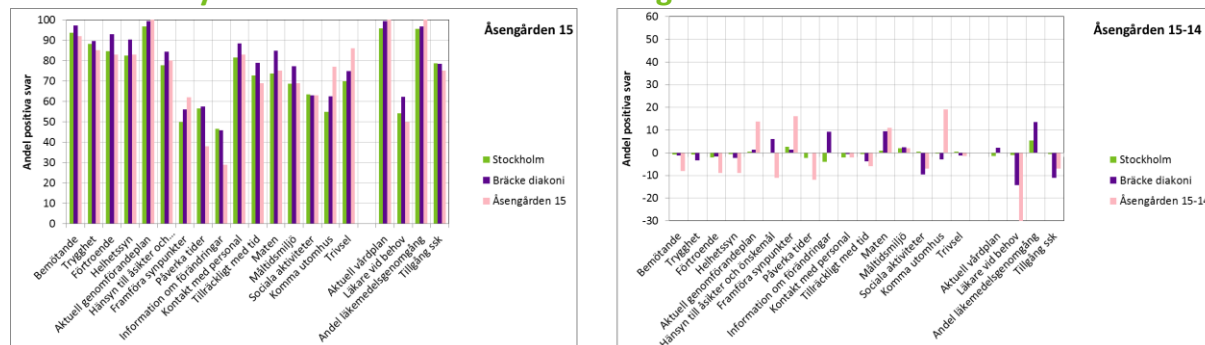
Alla boende som avlider på Åsengården registreras av våra sjuksköterskor i Palliativregistret. Under 2015 hade vi 9 dödsfall på Åsengården. De flesta dödsfallen var väntade, men inte alla. Det är också anledningen till att det inte alltid varit vak insatt 2015. När vi förstår att en boende inte har långt kvar kommunicerar vi med de närstående och hör om de tänkt vaka och/eller om vi ska ordna vak. Vi försöker alltid förhindra att en boende ska vara ensam vid dödsögonblicket. Vi försöker alltid se till att boende är smärt- och ångestfri den sista tiden. Ingen boende som avlidit på Åsengården under 2015 hade trycksår. Läkaren har blivit bättre på att ge information direkt till döende boende.

Förbättringsområde för 2016 är att vi ska erbjuda eftersamtal till alla närstående. Vi behöver återigen bli bättre på att utföra validerad smärtskattning.

11.4.3 BPSD-registret

Åsengården registrerar alla boende i BPSD-registret vid behov och minst två gånger per år. Alla boende ska vara registrerade senast 31 mars och 30 september varje år oavsett om de uppvisar BPSD-symptom eller inte. På detta sätt har vi koll på ungefär när symptomen dök upp, om det kommer. Någon enstaka gång har vi trott att en boende inte har BPSD-symptom och när skattningen är gjord har det visat sig att vi haft fel. Åsengården har ett pågående förbättringsarbete inom BPSD. Vi använder statistiken till att förbättra tillvaron för våra boende. Under hösten har vi arbetat med att sänka den motoriska oron och hoppas på det sättet få ner antalet lugnande läkemedel. Vi utvärderar vårt arbete hela tiden och försöker hitta nya lösningar och arbetsätt. När vi startade vårt projektarbete insåg vi snabbt att vi hade skrivit in för många åtgärder i bemötandepanerna. Det resulterade i att vi inte visste vilken eller vilka åtgärder som givit effekt. Vi ändrade till att endast skriva in en eller två åtgärder och istället utvärderar vi nu oftare hur åtgärderna fungerar.

11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 4. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2015 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter (Bräcke diakoni), hela Stockholms stad och förändringen mot föregående år. Data från nationella brukarundersökningen och kommun- och enhetsundersökningen.

Kommentarer

Under 2015 svarade 60-80 procent på brukarenkäten vilket är fler än föregående år då endast 40-60 procent svarade. Andelen brukare som var nöjda med boendet i sin helhet har sjunkit från 92 till 83 procent 2015. Alla som svarat på frågan om det är trivsamt utomhus runt boendet har svarat att så är fallet. Det är plan asfalterad mark utanför fastigheten och vi har en stor terrass att vara ute på om man inte vill lämna boendet. Det är lätt att ta sig fram utomhus runt Åsengården. Majoriteten av våra boende tycker att det är trivsamt i de gemensamma lokalerna och de känner sig trygga på Åsengården. Majoriteten svarar att det får ett bra bemötande från personalen och de känner förtroende för personalen. De som vill lämna synpunkter och klagomål har andelen som vet vart de ska vända sig ökat med 15 procent till 62 procent från föregående år.

Förbättringsområden inför 2016 är bland annat att minska andelen boende som känner ensamhet. Vi arbetar mycket med aktiviteter och försöker skapa små "nätverk" bland de boende så de ska hitta en vän eller någon att umgås med. Det brukar fungera bra så länge personal är med och för samtalet. Vi har börjat arbeta mer personcentrerat men behöver förbättra informationen till närstående. Det ska vara en självklarhet att boende är med och påverkar vilka tider de vill ha hjälp och hur hjälpen ska ges.

Särskilda kommentarer kring indikatorer med bäring på patientsäkerhetsarbetet:

Samtliga boende på Åsengården har en aktuell vårdplan. Minst en gång om året genomför läkare och sjuksköterska läkemedelsgenomgång på alla boendes läkemedel. Det är i stort sätt närstående som fyllt i brukarenkäten för Åsengården. I 2015 års brukarenkät svarade 50 procent att det är lätt att få kontakt med läkare. Det är en väldigt hög siffra med tanke på att vår läkare oftast överlåter kontakten med boendes närstående till sjuksköterskorna. Under 2014 var motsvarande siffra 80 procent och den var alldeles för optimistisk. Läkaren kommer till Åsengården en gång per vecka samt vid behov om sjuksköterska kallar på honom.

Åsengården har två sjuksköterskor i tjänst varje helgfri vardag. Tillgången på sjuksköterska för 29 boende anses god. Enligt brukarenkäten har tillgången till sjuksköterska sjunkit från 82 procent 2014 till 77 procent 2015. En anledning till att man upplever att tillgången till sjuksköterska blivit sämre är att vår ena ordinarie sjuksköterska först studerade på halvtid under nästan ett år och sedan slutade

efter avslutad utbildning. Under ordinarie sjuksköterskans studietid hade vi en vikarie under cirka 5 månader. Efter att vikarien slutade har vi använt oss av våra timanställda sjuksköterskor. Även om de timanställd sjuksköterskorna är mycket kompetenta och erfarna så blir det aldrig samma kontinuitet som med en ordinarie sjuksköterska.

12 Mål och strategier för det kommande året

- Vi ska fortsätta registrera i de nationella kvalitetsregistren och målet är att öka andelen registrerade samt att alla boende ska må så bra de kan trots sin demenssjukdom.
- Vi ska förbättra resultatet i brukarundersökningen i sin helhet. Målet är att boende ska känna sig mindre ensamma, de ska känna större trygghet och uppleva att de får mer tid av personalen. Våra boende ska också känna att deras dag är meningsfull och att aktiviteterna som erbjuds passar dem. Under 2014 var 92 procent av våra boende sammantaget nöjda med sitt äldreboende mot 83 procent 2015. Målet är att vi ska ha minst 92 procent nöjda brukare 2016.
- Vi ska arbeta vidare med den personcentrerade vården genom att i ännu högre utsträckning bjuda in de närstående i planeringen av aktiviteter och omvårdnadsarbetet.
- Vi ska fortsätta vårt arbete med "Den goda måltiden". Alla kostombud har redan gått utbildningen och under 2016 ska resten av medarbetarna utbildas.
- De medarbetare som ännu inte gått utbildningen i Palliativ vård ska utbildas.
- Vi ska börja registrera avvikelser i DF Respons, företagets interna avvikelssystem.
- Under 2016 hoppas vi få fortsätta ta del av de statliga stimulansbidraget för att kunna utöka antalet aktiviteter under eftermiddagarna samt öka sjukgymnastens arbetstid på Åsengården.
- Vi ska fortsätta utveckla det team-baserade arbetet mellan alla personalkategorier för att skapa en helhet och förbättra kvaliteten på insatserna för de boende.
- Hösten 2016 planerar vi att genomföra ett kompetensutvecklingsarbete genom Värdeforum eller Förbättringskraft. Vilket förbättringsområde det blir är ännu inte bestämt.
- Åsengården har tre hygienombud, vi ska utveckla hygienombudets roll samt fortsätta utveckla våra hygienrutiner.