

*Vård- och omsorgsboendet
Fristad*

Bräcke
diakoni 



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2015*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2015

Vård- och omsorgsboendet Fristad

© Bräcke diakoni - januari 2016

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	6
4	Organisation och ansvar	8
	4.1 Bräcke diakoni.....	8
	4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad.....	8
5	Systematiskt förbättringsarbete	10
6	Riskanalyser.....	11
	6.1 Riskanalyser på organisationsnivå	11
	6.2 Riskanalyser på individnivå	11
7	Egenkontroll	12
	7.1 Kvalitetsdialog.....	12
	7.2 Externa revisioner	12
	7.3 Omvärldsbevakning	12
8	Avvikelsehantering.....	13
	8.1 Avvikelser	13
	8.2 Klagomål och synpunkter	13
9	Medarbetarnas delaktighet	15
10	Samverkan.....	16
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	16
	10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående	16
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer	16
11	Resultat	18
	11.1 Systematiskt förbättringsarbete	18
	11.2 Kvalitetsdialog.....	18
	11.3 Avvikelser	19
	11.4 Kvalitetsregister	20
	11.4.1 Senior alert	20
	11.4.2 Svenska palliativregistret.....	21
	11.4.3 BPSD-registret	21
	11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	22
12	Mål och strategier för det kommande året	23

1 Sammanfattning

Bräcke diakoni och Fristad har ett ledningssystem, ett egenkontrollsystem och en organisation som gör det möjligt att tidigt upptäcka, analysera och åtgärda risker i verksamheten.

Fristad har en väl inarbetad struktur för avvikelshantering med fokus på säkerhet. Kvalitetsrådet, där alla avvikelser hanteras, har representanter av alla yrkeskategorier. Beslut och åtgärder återkopplas till hela arbetsteamet.

Under 2015 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts på validerade instrument i Vodok på samtliga boende.

50 % av de boende har registrerats i Senior Alert under 2015 och målet för 2016 är att 100 % av de boende är registrerade med händelser

Alla som avlidit på Fristad under året har registrerats i palliativa registret.

Registreringar i BPSD-registret har gjorts på nästan alla boende.

Systematiska läkemedelsavstämningar har genomförts på alla boende.

Dokumentationssystemet ICF har införts i januari.

Inflyttningsprocessen har omarbetats under året med en ny välkomstmapp.

Alla boende har aktuella genomförandeplaner samt levnadsberättelser

Metoderna mjukmassage, validation och reminiscense tillämpas i arbetet.

Vård i livets slut utgår från den palliativa vårdens arbetssätt.

Fristad har en mycket fin social gemenskap, aktiviteter och möjlighet till daglig utevistelse. Årets högtider firas med fester och födelsedagar uppmärksammas alltid.

I vår kontakt med närstående är vi lyhörda för synpunkter/klagomål och bjuder in i dialog om detta. Anhörigmöten anordnas två gånger årligen.

Kostenkät genomförs 4 ggr/år och visar på att de allra flesta är nöjda med maten. Fortsatt arbete pågår för att ytterligare förbättra måltidsmiljön utifrån ett nytt metoddokument kring kost och måltid samt utbildning av personal.

Stadens brukarundersökning genomförs årligen och ligger till grund för en del av kvalitetsarbetet. Resultatet visade att Fristad har 100 % nöjda boende, så som året innan. 100 % av de svarande var nöjda med bemötande, hade förtroende för personalen och kände sig trygga i boendet. Utmaning inför 2016 är att behålla den fina kvaliteten i verksamheten.

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 fokusera på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns tillför.

Vård- och omsorgsboendet Fristad tar hand om människor med demenssjukdomar och har 22 platser. Fristad bedriver vård och omsorg i uppdrag av Stockholms stad, Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning inom följande lagrum: HSL och SoL.

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska, stödpedagog, samordnare.

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 arbetsätt 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:

God kvalitet:

- Identifiera riskområden. Förebygga fall, undernäring, trycksår samt bevara en god munhygien.
- Registrering i de Nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret.
- Göra inkontinensutredningar enligt rutin.
- Införande av ett nytt dokumentationssystem, ICF i januari 2016.
- God och säker läkemedelshantering.
- Personcentrerad omvårdnad och service. Kontaktmannaskap, gott bemötande, aktuella genomförandeplaner.
- God dokumentation, god kommunikation med närstående.
- Trevlig måltidmiljö samt god och näringsriktig mat.
- Individuellt anpassade aktiviteter, gemenskap och utevistelse.
- Palliativ vård med respekt för den enskilde.

God hygienisk standard:

- Samarbete med Vårdhygien för personalutbildning och rådgivning vid behov.
- Genomföra hygienrund med hygiensköterska från Vårdhygien.

- Obligatorisk E-utbildning i basala hygienrutiner och självskattning.
- Infektionsregistrering, med månadsrapportering till MAS.
- Förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner.
- God och säker hantering av livsmedel i samarbete med Anticimex.
- Registrera i egenkontrollen gällande livsmedelshantering och kökshygien.

Trygghet och kontinuitet i vård, omsorg och behandling:

- Kvalitetsråd för genomgång av avvikelser och upprättande av handlingsplaner för att förhindra uppkomst av vårdskada.
- Följsamhet till genomförandeplaner, för kontinuitet i utförandet.
- Checklistor för utförandet av kontaktmannaskapets uppgifter.
- Samverkan i vårdteamet med befintliga rapportrutiner.
- Samverkan med andra vårdgivare.
- Samverkan med närstående enligt överenskommelse.
- Meningsfull tillvaro/samvaro samt hemlika måltider i gemenskap med andra.

Tillgänglighet:

- Goda kontakter med verksamhetschef, leg personal, kontaktperson och läkare.
- Kontinuitet och säkerhet, att behov upptäcks i tid och att insatser erbjuds inom rimlig tid.
- Tillgänglighet för närstående förutom anhörigträffar enligt plan.

4 Organisation och ansvar

4.1 Bräcke diakoni

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård-/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, utvecklingssjuksköterska 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 Fristad

Verksamhetschefen (VC) representerar vårdgivaren inom sitt verksamhetsområde och ansvarar för ledning av verksamhetens organisation så att den tillgodoser hög kvalitet i vård- och omsorgsarbetet.

VC ansvarar för att personal har den kompetens som krävs och ansvarar för att lagar, författningar, föreskrifter, riktlinjer samt att instruktioner som omsorgsansvarig utarbetat, är väl kända i verksamheten.

VC ansvarar för att vid behov komplettera gemensamma riktlinjer med lokala rutiner efter verksamhetens behov.

VC har ansvar att leda, följa upp, analysera och utveckla verksamheten.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till hög säkerhet och rapporterar risker och händelser som kunnat leda till vårdskada till VC.

Legitimerad personal medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet, är delaktig i att utveckla rutiner och metoder, risk och avvikelshantering samt uppföljning av mål och resultat.

Omvårdnadspersonalen deltar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa rutiner och instruktioner i det dagliga arbetet för att bidra till hög patientsäkerhet samt att aktivt bidra till kvalitetsutveckling på enheten. Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker som kan medföra vårdskada och avvikelser samt delta i uppföljning, mål och resultat.

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 testa 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 arbetsätt och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetsätt eller vid organisationsförändringar.

6.2 Riskanalyser på individnivå

För att förhindra vårdskador har vi ett aktivt riskförebyggande arbete.

Alla boende är riskbedömda för fall, malnutrition, trycksår och munhälsa.

Åtgärdplaner upprättas vid påkommen risk. Åtgärder följs upp och utvärderas.

Alla avlidna är registrerade i Palliativregistret.

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 Fristad reviderats av beställarens avtalshandläggare, kommunens miljö/hälsoinspektör

Revisionerna gav följande resultat:

- Uppföljning av särskilda åtaganden i LOU-avtalet i december 2015, godkänd nivå på alla punkter.
- Miljöförvaltningens livsmedelskontroll bedömde att det inte fanns några avvikelser från livsmedelslagstiftningen. Hantering, lagring, transport och spårbarhet utan anmärkning.

7.3 Omvärldsbevakning

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

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

Inkomna avvikelser behandlas i kvalitetsrådet som består av verksamhetschef, sjuksköterska, paramedicinare och undersköterskor. Verksamhetschef är sammankallande. Avvikelser bedöms och åtgärdas snarast och återkopplas till all personal. På nästkommande arbetsplatsträff redovisas och diskuteras uppkomna avvikelser som en punkt på dagordningen. Sammanställning av avvikelser görs i slutet av året.

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" 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.

I samband med inflyttning, vid ankomstsamtalet ges information om synpunkt/klagomålshanteringen, även på anhörigmöten påminns man om att ta kontakt med oss.

Vid entrén, på anslagstavlan, finns vårt formulär "Säg vad du tycker". På anhörigträffar finns en särskild punkt att diskutera uppkomna synpunkter. Anhöriga är alltid välkomna att ta kontakt med oss när behov uppstår. Vi har en mycket god och tät kontakt med närstående och därmed löpande kommunikation. Synpunkter tas alltid på allvar och återkopplas alltid.

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 områdena 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 Fristad deltagit i följande satsningar:

- Medarbetarna har fått utbildningar enligt plan för året av erbjudna utbildningar såsom mjukmassage, palliativ vård, BPSD och kostombudsutbildning.
- En medarbetare har fått utbildning till undersköterska.
- Årlig genomgång med samtliga medarbetare av basala hygienrutiner, Lex Sarah, Lex Maria samt tystnadsplikt och klagomål- och synpunktshantering.
- Årlig utbildning i livmedelshygien genom Anticimex och förflyttningsteknik med sjukgymnast.
- Årlig genomgång med brandskyddsansvarig och utbildning i brandsäkerhet med BOL.
- Ett team på 5 personer har genomfört ett projektarbete om nattfasta genom Förbättringskraft.

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, 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

Fristad organiserar samverkan med brukare och närstående genom anhörig-/närståenderåd och följande insatser:

- Fristad anordnar anhörigmöten minst 2 gånger årligen och har nära och förtroendefull samverkan med närstående.
- Kontaktpersonens uppdrag att enligt överenskommelse med anhöriga ha enskilt samtal med närstående, minst en gång/månad

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.

Fristad har samverkan med branschorganisationen Famna i utvecklings- och utbildningsfrågor. Samverkan har inletts med Ersta Sköndals högskola gällande studenter. Samverkan med Spånga församling med aktuella sammankomster.

11 Resultat

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

11.1 Systematiskt förbättringsarbete

I januari inleddes verksamhetsåret med ett nytt dokumentationssystem, ICF. Övergången har löpt väl och enligt dokumentationsgranskningen gjord av MAS var de granskade journalerna mycket väldokumenterade och det var lätt att följa vårdprocessen.

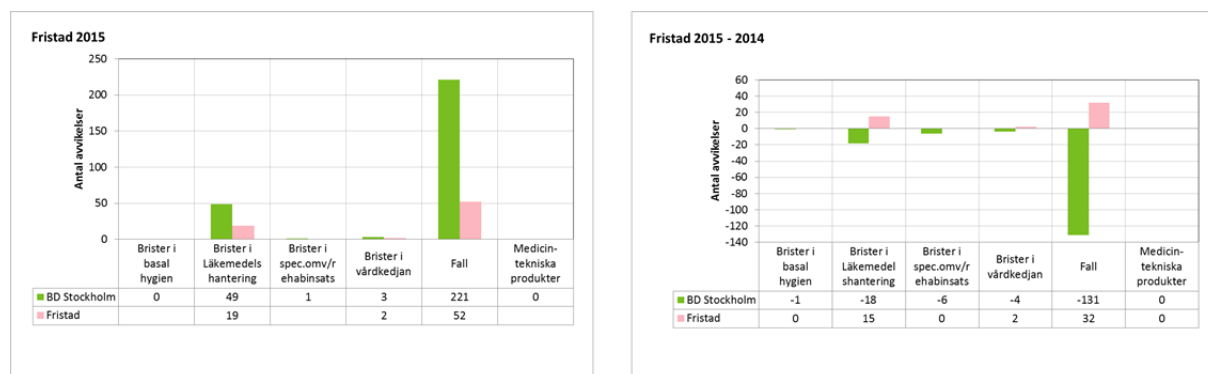
Fristad har deltagit i ett projekt i Förbättringskraft för att lyfta fokus på nattfastan som inte får överstiga 11 timmar. Teamet bestående av en coach och 4 medarbetare tog vara på medarbetarengagemanget, gav kunskap och kompetens kring förbättringsarbete och möjlighet att lära av varandra.

Deltagarna fick verktyg och kompetens i arbetet med systematiskt förbättringsarbete samt fick möjlighet att dela med sig av arbetsresultatet på en vernissage i juni 2015. Resultatet visade tydligt att tiden för nattfastan hade förkortats.

11.2 Kvalitetsdialog

Slutsatserna, så som utveckling av arbetet med kvalitetsregister och avvikelshantering, kommer att ingå i planen inför nästa år. Slutsatserna av kvalitetsdialogen har dels diskuterats på verksamhetens ledningsgrupp och på APT.

11.3 Avvikelser



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

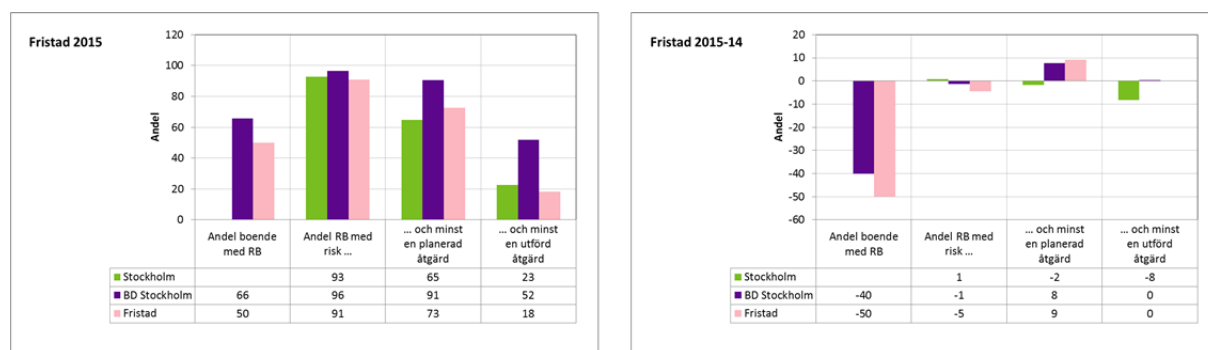
Kommentarer

Fristad har 52 rapporterade fallavvikelser, 2 rapporterade brister i vårdkedjan och 19 läkemedelsavvikelser under 2015. Antal dokumenterade avvikelser har ökat sedan 2014 vilket är ett resultat av medvetet arbete med avvikelser på planeringsdagar och på APT. Fristad är en liten arbetsplats med låg personalomsättning och god följsamhet till rutiner. Uppkomna avvikelser tas upp i kvalitetsråd och på APT. Införande av ett IT-baserat avvikelssystem, DF Respons, under 2016 kommer ytterligare att fördjupa arbetssättet med avvikelser.

Fristad har ett väl fungerande kvalitetsråd och APT där uppkomna avvikelser diskuteras, proaktivt arbete aktualiseras, följs upp och utvärderas.

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

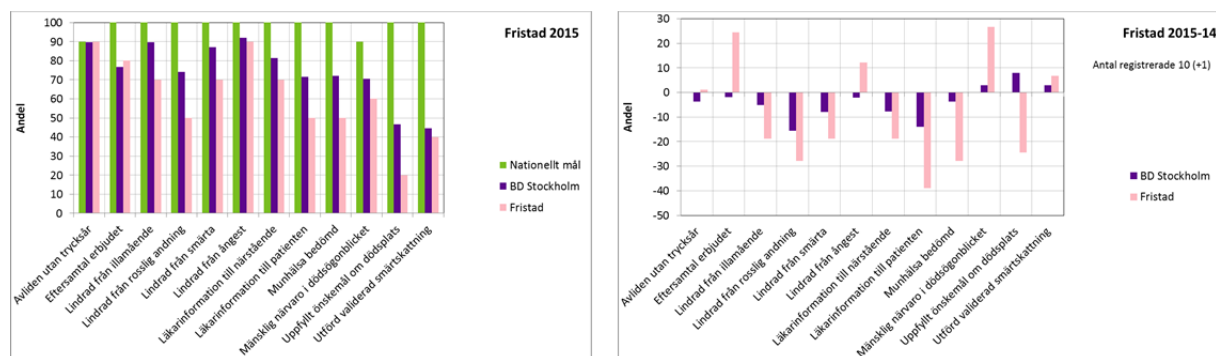
Registrering i Senior Alert gjordes på alla boende under 2014 men under 2015 är endast 50 % av de boende riskbedömda enligt Senior Alert .

73 % av de som hade en risk hade minst en planerad åtgärd och av dem var 18 % genomförda.

Riskbedömningarna är gjorda i dokumentationssystemet VODOK med aktivt deltagande av berörd personal i teamet. Det proaktiva arbetet med fallprevention, nutrition, trycksår, munhälsa och kontinensvård fungerar väl men arbetet med munhälsan bör förbättras ytterligare under 2016.

Målet är att 100 % av de boende ska registreras i Senior Alert under 2016 och är därmed ett utvecklingsområde på Fristad.

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

Fristad har haft 10 dödsfall under 2015 och samtliga finns registrerade i Palliativregistret.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket, lindring av ångest och erbjudandet om eftersamtal har ökat sedan 2014. Däremot har läkarninformation till patient och närstående samt symtomlindring vid illamående, bedömd munhälsa, smärta och rosslig andning försämrats sedan 2014. Stor andel av medarbetarna har gått en utbildning i palliativ vård under 2015 och resterande får utbildningen under 2016.

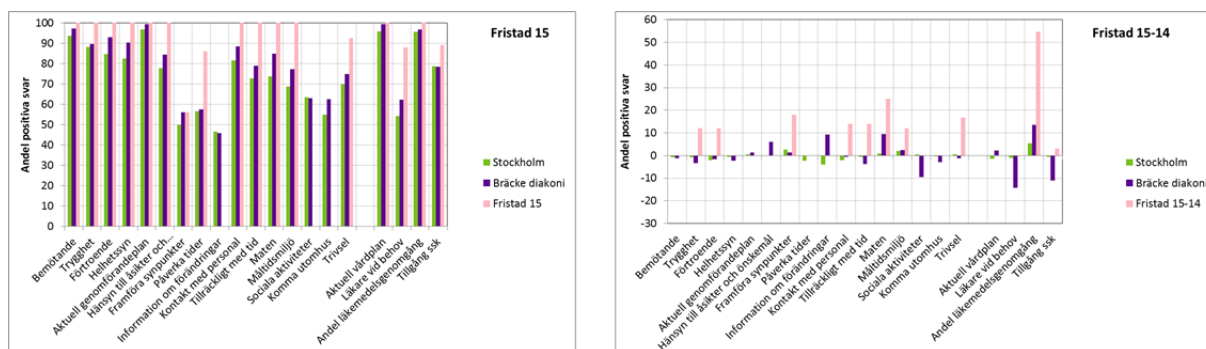
Förbättringsarbete inför nästa år omfattar utförd validerad smärtskattning, läkarsamtal, symtomlindring vid smärta, ångest, rosslig andning illamående och bedömning av munhälsa.

11.4.3 BPSD-registret

De flesta av boende är både registrerade och skattade i BPSD-registret. Samtliga boende med beteendestörningar relaterat till sin demenssjukdom men även, som ett utgångsvärde för jämförelse om det uppstår BPSD-symptom, de övriga.

Förebyggande åtgärder, som man kommer fram till, dokumenteras i genomförandeplanen för att sedan utvärderas.

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

Fristad är en verksamhet där 100 % av boende och närstående är nöjda med boendet, samma värde sedan 2014. 100 % upplever att de får bra bemötande, känner förtroende för personalen och känner sig trygga i boendet. Vidare har 100 % av boende aktuella genomförandeplaner så som året innan. Under 2014 upplevde 67 % att det var trivsamt i gemensamma utrymmen. Efter en genomförd satsning på hemlik miljö är nu 100 % nöjda med våra lokaler. Fokus har också varit att forma lugna och trevliga måltider. Fortsatt arbete med måltiderna kommer att pågå under 2016 utifrån Bräcke diakonis nya metoddokument i kost och måltid.

Utmaningen på Fristad är att hålla fortsatt hög kvalitet på den sociala gemenskapen och aktiviteterna, och därmed är det viktigt att fortsätta med terminsplanering och dagplanering av aktiviteter. Aktivitetsplanering sitter på anslagstavlan så att boende och närstående kan hålla sig informerade.

Särskilda kommentarer kring indikatorer med bäring på patientsäkerhetsarbetet:

100 % av de boende har aktuella vårdplaner så som förra året. Andelen läkemedelsgenomgångar har ökat till att omfatta 100 % av de boende. Tillgängligheten att få träffa en läkare (88 %) och en sjuksköterska (89 %) vid behov är fortsatt hög så som året innan. Vid förändring av hälsotillstånd kontaktas alltid anhöriga av en sjuksköterska.

12 Mål och strategier för det kommande året

- Registrera samtliga boende i Senior Alert med händelser och få samtliga i teamet delaktiga. Få alla boende registrerade i Palliativregistret med förbättrad dokumenterad smärtskattning enligt validerat smärtskattningsinstrument, symtomlindring vid smärta, ångest och rosslig andning samt öka antalet dokumenterade läkaramtal till boende och närstående.
- Göra BPSD-skattningar på samtliga boende och dokumentera bemötandeplaner.
- Utveckla arbetet med avvikelshantering samt införa ett digitalt system, DF Respons. Fördjupa arbetet i kvalitetsrådet för att förhindra uppkomst av vårdskada.
- Fortsatt utveckling av dokumentation enligt ICF. Förbättra uppföljning av hälsoplaner med angivet datum för uppföljning av samtliga planer.
- Utveckla social dokumentation utifrån den nationella värdegrunden
- Fortsatt god kommunikation med närstående samt anhörigstöd
- Förbättra måltidsmiljön utifrån ett nytt metoddokument kring kost och måltid samt utbildning av all personal i "Den goda måltiden".
- Fortsatt utvecklingsarbetet kring på individuellt anpassade aktiviteter, gemenskap och daglig utevistelse.
- Hygienrund med Vårdhygien planeras till 2016
- Utveckla teamarbetet ur HSL-perspektivet utifrån riskanalyser och kvalitetsregister.