

**Vård- och omsorgsboendet
Villa Vesta**



Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2017

Vård- och omsorgsboendet Villa Vesta

© Bräcke diakoni - februari 2018

Innehåll

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	5
4	Organisation och ansvar	6
4.1	Bräcke diakoni	6
4.2	Vård- och omsorgsboendet Villa Vesta	7 5
	Systematiskt förbättringsarbete	8
6	Risikanalyser	9
6.1	Risikanalyser på organisationsnivå	9
6.2	Risikanalyser på individnivå	9
7	Egenkontroll	10
7.1	Kvalitetsdialog	10
7.2	Lokal egenkontroll	11
7.3	Externa revisioner	11
7.4	Nationella och regionala undersökningar	11

8	Avvikelsehantering	12
8.1	Avvikelser	12
8.1.1	Lex Maria och lex Sarah	12
8.2	Klagomål och synpunkter	13
9	Medarbetarnas delaktighet	13
10	Samverkan	14
10.1	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	14
10.2	Samverkan med brukare och närstående	15
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	15
10.4	Forskningssamverkan	16
	11	
	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete	16
12	Miljöarbete	17
13	Resultat	18
13.1	Dokumenterade förbättringsarbeten	18
13.2	Kvalitetsdialog	19
13.3	Avvikelser	20
13.3.1	Lex Maria	21
13.3.2	Lex Sarah	21
13.4	Kvalitetsregister	22
13.4.1	Senior alert	22
13.4.2	Svenska palliativregistret.....	23
13.4.3	BPSD-registret	23
13.5	Socialstyrelsens nationella undersökningar	24
13.6	Egenkontrollprogram	25
	14	
	Mål och strategier för det kommande året	26
15	Bilaga - Förbättringsarbete: Dokumentationsförbättring	27

1 Sammanfattning

Vi har jobbat mycket med den sociala dokumentationen både i grupp och enskilt. Detta har lett till att fler personal är bekväma med att skriva ner händelser som rör de boendes sociala vardagsaktivitet. Vi kommer att fortsätta arbeta med detta under 2018.

Vi arbetar fortlöpande med individuella riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert för att identifiera och förebygga fall, undernäring, trycksår och dålig munhygien. Under året har fler utbildats i BPSD registret där all personal tillsammans arbetar fram en plan för varje enskild boende vad gäller bemötande i svårhanterliga situationer om det skulle uppstå.

Under året har vi fått stimulansmedel från staden riktat specifikt till aktiviteter för de boende. En undersköterska har haft olika aktiviteter både i grupp och enskilt två dagar i veckan. På hösten hade vi en aktivitetspedagog som sjöng och samtalade med de boende också två gånger i veckan.

Personalen har fått ökad kompetens genom utbildningar i värdegrunden och förflyttningsteknik.

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 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.

Vård- och omsorgsboendet Villa Vesta tar hand om människor med demenssjukdomar och har 18 platser i uppdrag av Stockholms stad, Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Villa Vesta bedriver vård och omsorg inom följande lagrum: HSL och SoL.

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: administratör, arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska, Silviasyster och medicinsk fotvård. Villa Vesta har en sjukgymnast en dag i veckan som gör aktivitetsbedömningar på våra boende. Hon deltar i det preventiva arbetet med fallrisker, gör upp träningsschema, har två gymnastikgrupper samt följer upp rehabiliteringen.

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 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 styrkortsområde fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2017 på följande områden:

Vi har jobbat med att utöka kunskaperna hos personalen vad gäller social dokumentation. En grupp har varit kopplad till förbättringskraft och har succesivt arbetat för att inspirera och implementera dokumentationens betydelse för verksamheten. Man har informerat om vad som ska skrivas och hur man ska uttrycka sig i när det gäller den sociala dokumentationen.

Skapa förutsättningar för en meningsfull tillvaro/samvaro och gemenskap med andra. Har bl a utökat utbudet och antal tillfällen med aktiviteter både för den enskilda boende och tillsammans i gruppaktiviteter. Vi har under året haft en aktivitetspedagog två dagar i veckan, enbart för att planera och genomföra aktiviteter själv eller tillsammans med övrig personal.

Fortsatt arbete med BPSD registret och vikten av att följa de instruktioner kontaktperson, sjukgymnast och omvårdnadsansvarig sjuksköterska kommer fram till med hjälp av BPSDs verktyg. Ytterligare fler undersköterskorna har fått gå BPSD utbildningen under året.

God och säker läkemedelshantering bl a genom årliga delegeringsutbildningar och tester samt läkemedelsgenomgångar.

Vid inflyttning av en boende görs de riskbedömningar som finns i Senior alert, ett nationellt kvalitetsregister.

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 verksamhetscontroller. 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 Villa Vesta

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren inom sitt verksamhetsområde och ansvarar där för ledning av verksamhetens organisation så att den tillgodoser hög kvalitet i omsorgsarbetet.

Verksamhetschefen ansvarar för att personal har rätt kompetens, inventerar utbildningsbehov och ansvarar för att lagar, författningar, föreskrifter, riktlinjer samt att instruktioner som omsorgsansvarig utarbetat, är väl kända i verksamheten.

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

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

Legitimerad personal har genom patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till hög säkerhet och skall rapportera risker och händelser som kunnat leda till vårdskada till verksamhetschefen.

Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig för samtliga boende.

Sjuksköterskan ansvarar för delegering av läkemedel.

Sjukgymnasten håller kontinuerlig undervisning i hur man använder olika hjälpmedel så att målet för en säkrare förflyttning av vårdtagaren uppfylls.

Legitimerad personal deltar i det systematiska kvalitetsarbetet, är delaktig i att utveckla rutiner och metoder, risk och avvikelshantering samt uppföljning av mål och resultat. Sjuksköterskan är sammankallande och leder avdelningsmöten där man tar upp avvikelser och skapar handlingsplaner där behov finns.

Omvårdnadspersonalen skall delta 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 inom verksamheten. 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 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 Kulturm 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.

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

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.

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.

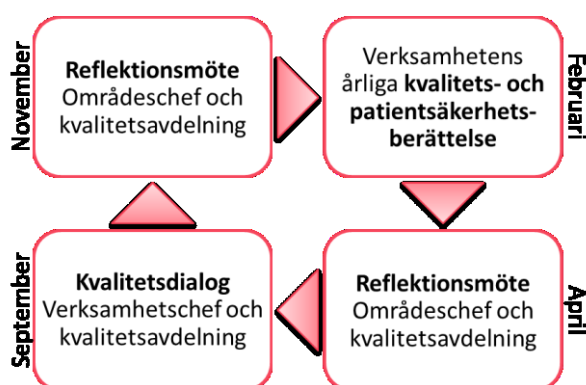
6.2 Riskanalyser på individnivå

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 åtgärddar 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

- All personal ska göra Vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner varje år. Intyget lämnas till verksamhetschef.
- Vid varje måltid tas tempkontroller på maten som serveras.
- Årlig granskning av HSL - journalen har genomförts.
- Årlig granskning av SoL - journalen har genomförts .
- Brandkontroller utförs regelbundet av lokalt brandombud. Det ska fyllas i ett frågeformulär som sedan skickas centralt till Bräcke diakonis huvudbrandombud.

7.3 Externa revisioner

Under 2017 har Villa Vesta reviderats av Beställarens avtalshandläggare, kommunens MAS, SAS och MAR. Anticemex och Apoteket har varit på inspektion.

Revisionerna gav följande resultat:

Verksamhetsuppföljning av kommunens MAS och verksamhetscontroller ger den samlade bedömningen utifrån uppföljningen att verksamheten efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet.

Anticimex har under året, enligt avtal, gjort 2 inspektioner. Den första hade flera anmärkningar beträffande rengöring och viss köksutrustning som användes, vilket är åtgärdat och godkänt. Det andra besöket godkändes vilket visar att rutiner följs.

Apoteket har haft kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Under 2017 infördes Apodos och det har skapats goda rutiner kring detta. Man identifierade vissa förbättringsmöjligheter som har åtgärdats.

7.4 Nationella och regionala undersökningar

- Nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen, Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret. Vi utgår från de diagram som visas för att se vad vi behöver förbättra i verksamheten.□
- Bräcke diakonis MAS och utvecklingssjuksköterska samlar alla sjuksköterskorna inom äldreomsorgen fyra gånger om året. På dessa möten förmedlas nyheter från de olika stadsdelarna, vårdhygien, apoteket med mera.
- Nyhetsbrev från Socialstyrelsen finns tillgängliga för alla personal.

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.

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.

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.

En gång i månaden har vi arbetsplatsträff (APT) som föregås av kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, paramedicinare, Silviasyster och omvårdnadspersonal. Där tas inkomna avvikelser upp och andra frågor beträffande trygghet och säkerhet för de boende. Vad som framkommit i rådet presenteras sedan på APT.

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 ehälsa. 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:

Under hela våren 2017 jobbade man med förbättring av den sociala dokumentationen. I förbättringskraft bildades en grupp som arbetade för att få fram vikten av att dokumentera på ett professionellt sätt. Dessutom betonas vikten av att läsa dokumentationen varje gång man påbörjar ett arbetspass. Detta leder till en trygg och säker omvårdnad för de boende.

All personal har varit delaktiga i att rapportera avvikelser och inser att det är bra för verksamheten att ta upp olika händelser för att kunna förebygga att det sker igen.

Städ- och rensningsprojekt har påbörjats i de gemensamma lokalerna för att de boende ska få en trivsamt boendemiljö.

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

- Kontaktpersonens uppdrag är att, enligt överenskommelse med anhörigs önskemål, ha enskilt samtal med närstående för att få en personcentrerad vård.
- Lättillgänglig sjuksköterska och verksamhetschef på plats eller på telefon.
- Möjlighet att få samtal med läkaren vid frågor och funderingar.
- Omstrukturering av anhörigträffar har påbörjats och fortsätter med detta arbete nästa år.

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).

- Villa Vesta har avtal med Legevisitten och har haft en god kontinuitet av samma geratriker under många år. Hon har rond på onsdagar och är tillgänglig dagligen på telefon när sjuksköterskan behöver kontakta henne andra tider under veckan.
- Villa Vesta har en sjuksköterskor dagtid måndag till fredag, därefter har vi ett beredskapsavtal med Vårdliljan dit personalen kan ringa till under jourtid. Vårdliljan är väl insatt i Villa Vestas verksamhet.
- Det finns en medicinskt utbildad fotvårdsterapeut, Fristad Medicinska Fotvård, som kommer till Villa Vesta regelbundet. De boende som har ordinerats medicinsk fotvård får alltid behandling och de som frivilligt önskar få kan meddela fotvårdsspecialisten om att få en tid inbokad.
- Bräcke diakoni har avtal med Vårdhygien, Stockholms läns landsting, som är behjälplig med utbildning och konsultation. Hygienronder bokas.
- Boende samordnare och biståndsbedömare i Hässelby/Vällingby samt från andra stadsdelar och områden förmedlar permanenta platser.
- Villa Vesta har samarbete med Flexident och St.Eriks tandvård som tillhandahåller tandläkare och tandhygienist. De gör munvårdsbedömning, hygienistbehandlingar och tandläkarvård på plats.
- Maten beställs från Skolörtens kök som kommer dagligen till Villa Vesta.
- Svenska kyrkan kommer regelbundet en gång i månaden för att fira gudstjänst med de boende. Under Lucia kommer kyrkans "Dagis" och sjunger för de äldre.
- Musikunderhållning hålls en gång i veckan av en duktig musiker med god erfarenhet av äldre. Han är mycket omtyckt. Vi plockar även in andra externa musiker vid olika högtidshelger.

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 tjänstecyklar. 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 hela våren 2017 jobbade man med förbättring av den sociala dokumentationen. I förbättringskraft bildades en grupp som arbetade för att få fram vikten av att dokumentera på ett professionellt sätt. Dessutom betonas vikten av att läsa dokumentationen varje gång man påbörjar ett arbetspass. Detta leder till en trygg och säker omvårdnad för de boende. Se bilaga.

En omstrukturering av verksamheten har påbörjats vad gäller städning, rutiner och aktiviteter. Detta arbete kommer att fortsätta nästföljande år.

Kvalitetsdialog

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

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

När kvalitetsdialogen genomfördes var en tillförordnad verksamhetschef på plats sedan en månad tillbaka, därför hade verksamhetschefen en begränsad kunskap om verksamheten, vilket speglar resultat av kvalitetsdialogen

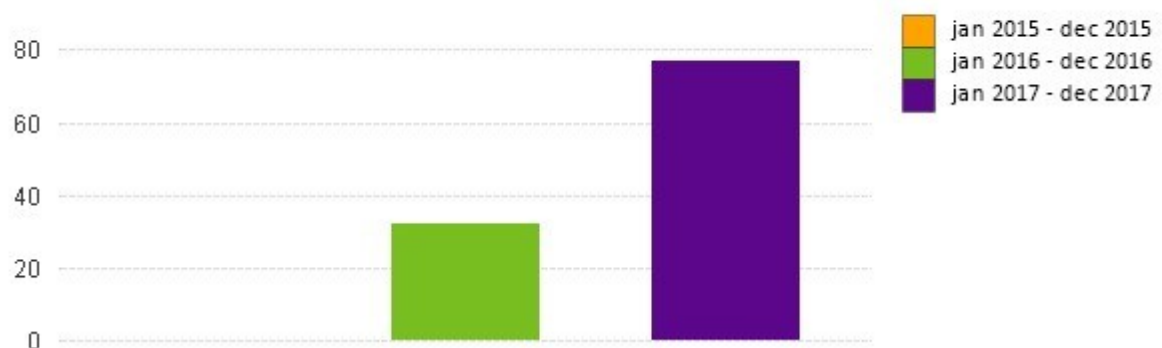
Under 2017 har alla lokala rutiner uppdaterats under 2018 ska lokala rutinerna läggas in i Bräcke diakonis digitala ledningssystem "sharepoint". Personalen behöver också ökad kompetens och träning i digitala system.

Under 2017 har sjuksköterskan tillsammans med sjukgymnasten arbetat med riskbedömningar i Senior alert samt fortsatt utveckla arbetet med BPSD, idag har verksamheten 4 administratörer.

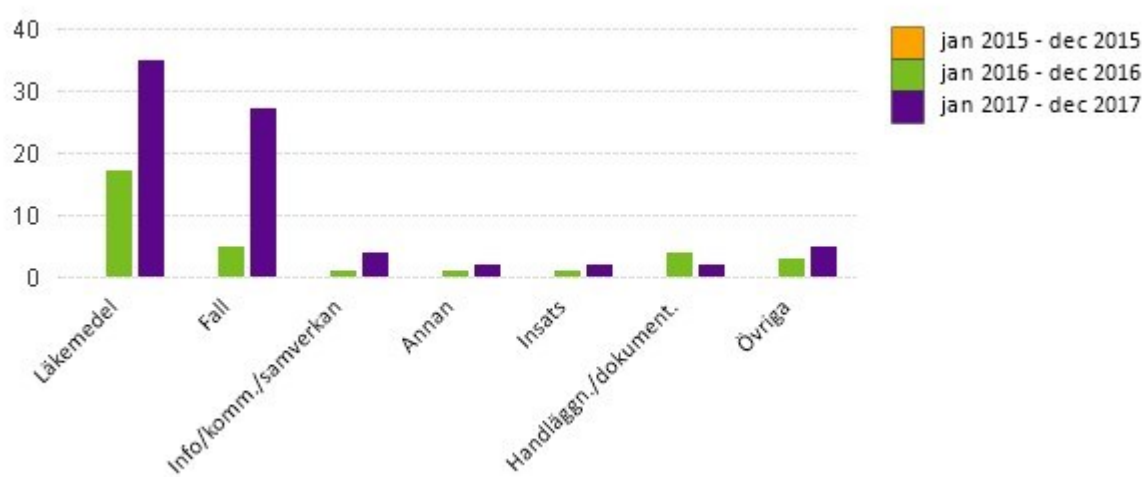
Ett arbete med att systematisera lokala egenkontrollerna har också påbörjats.

13.2 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ

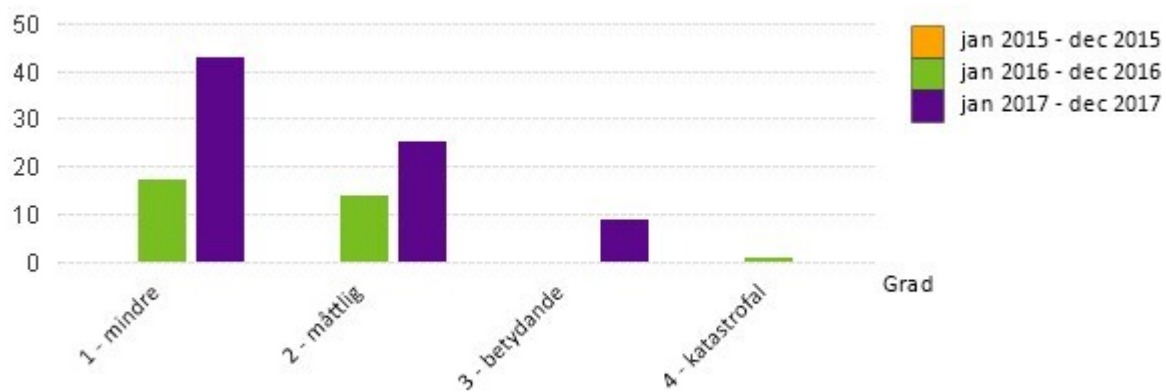


Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2017 samt förändringen mot tidigare år.

Under 2017 har läkemedelsavvikelserna ökat vilket troligtvis beror på att man rapporterar fler avvikelser, vilket är en positiv utveckling. Avvikelse rapportering är något som vi har arbetat med under året och personalen känner sig bekväm med DF Respons, vårt avvikelssystem.

Vad gäller ökning av fall under 2017 hade vi hade en boende som blev sämre i sin demenssjukdom som påverkade hans balans och ramlade allt oftare.

Allvarlighetsgrad (antal)



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

De avvikelser som har klassats som betydande har rört bl a ett fall som orsakade en fraktur och bristande bemötande.

13.2.1 Lex Maria

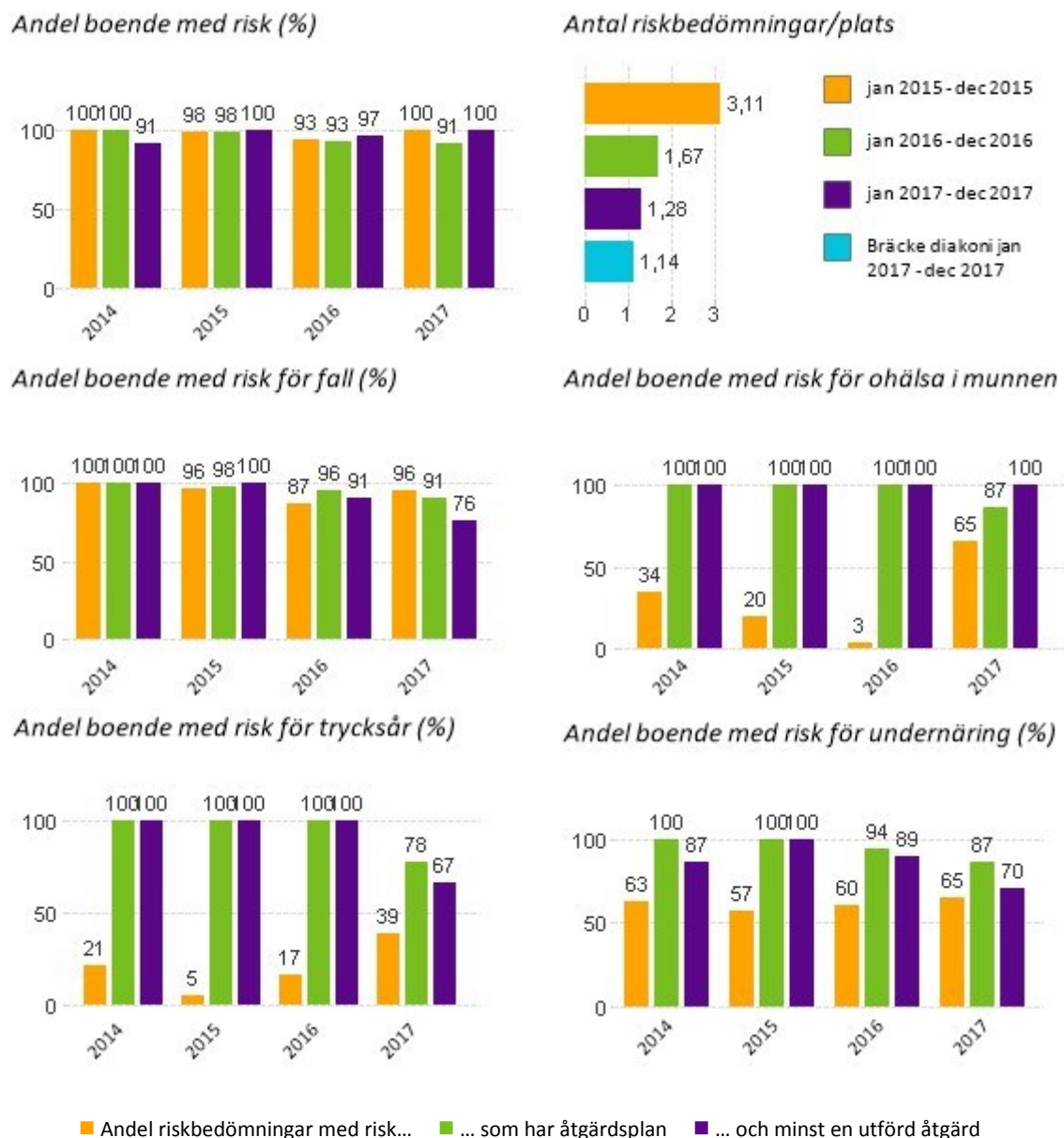
Ingen Lex Maria har anmälts till IVO under året.

13.2.2 Lex Sarah

Ingen Lex Sarah har anmälts till IVO under året.

13.3 Kvalitetsregister

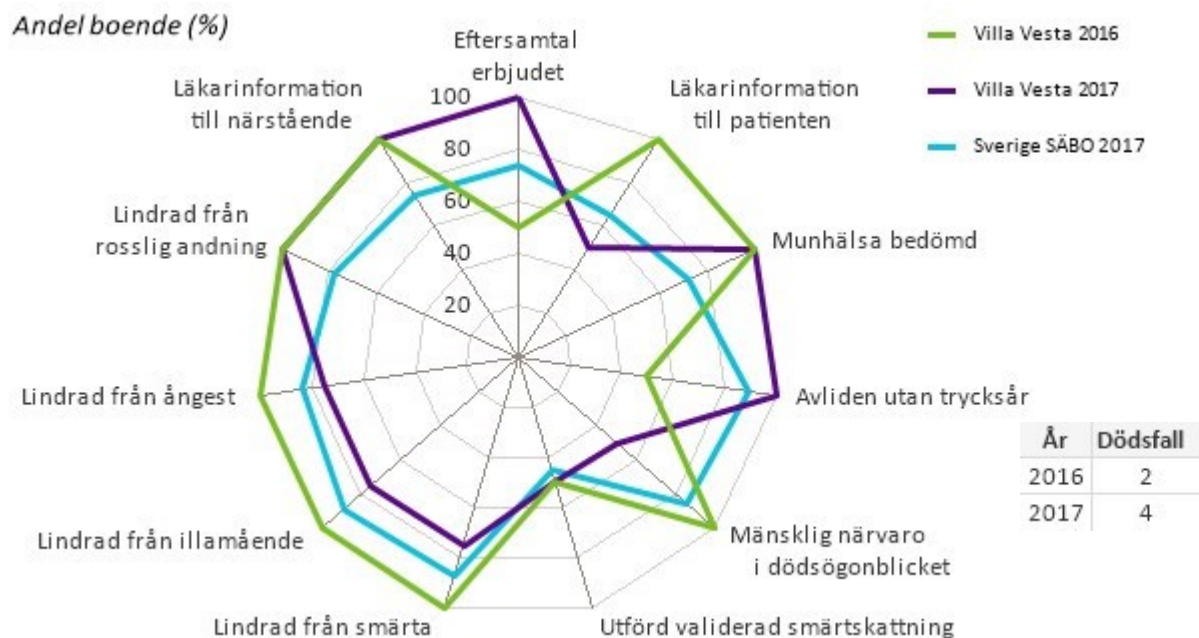
13.3.1 Senior alert



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, hela kommunen 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.

Villa Vesta har haft en automatisk koppling från vårt dokumentationssystem till Senior alert som har slutat att fungera vilket gör att resultaten släpar efter vid inrapporteringen.

13.3.2 Svenska palliativregistret



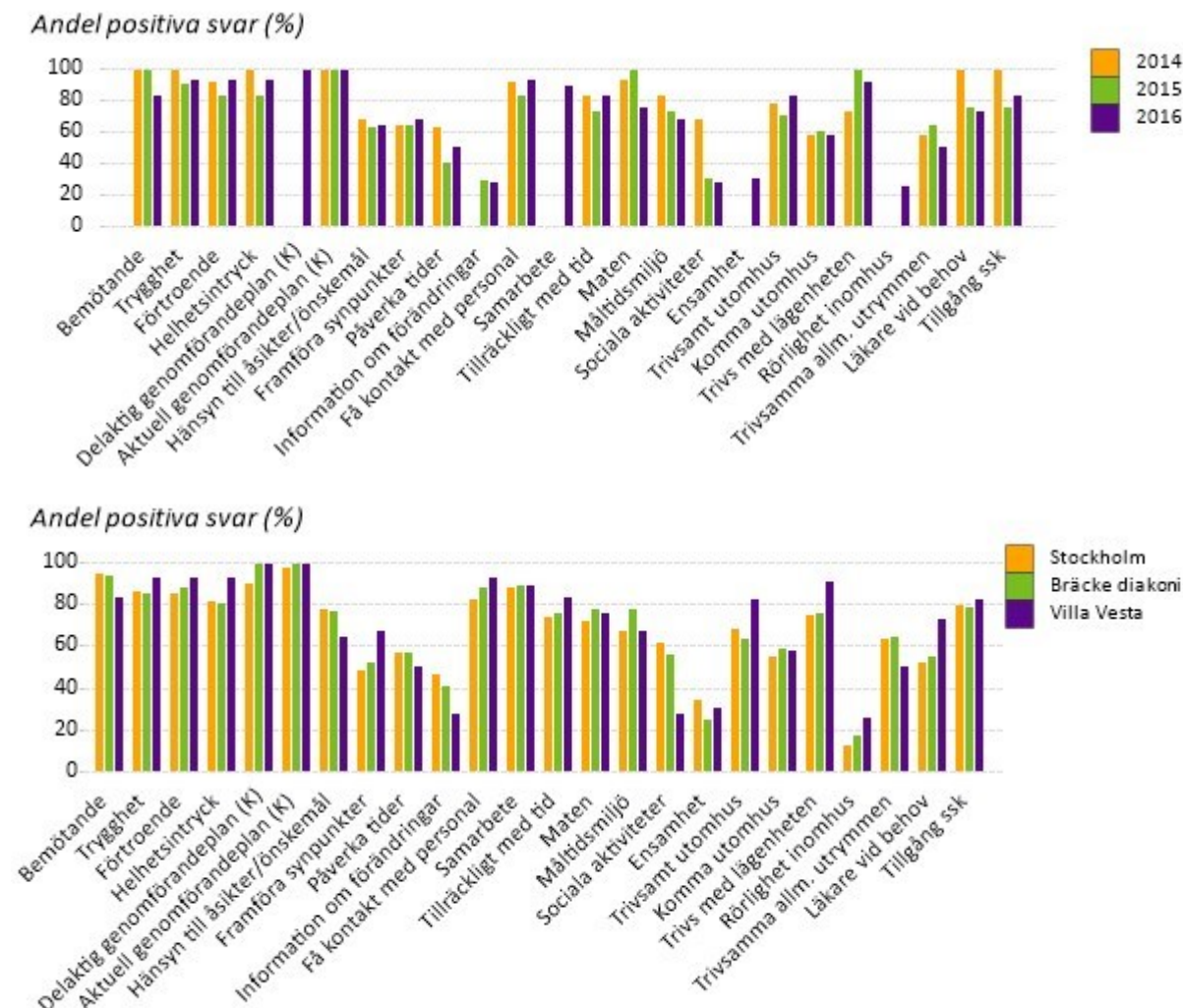
Figur 6. Resultat från Palliativregistret för 2017 (kvartal 4 2016 - kvartal 3 2017) samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Villa Vesta visar att vi är bra på munhälsobedömning, lindra rosslig andning, kontroll av trycksår, läkarinformation till anhörig och att erbjuda eftersamtal till närstående. Det vi behöver förbättra är att använda oss utav mätinstrument för smärtskattning, illamående och ångest och dokumentera detta. Vad gäller läkarinformation till patient kan det vara svårt eftersom Villa Vesta är ett boende för personer med en demensdiagnos.

13.3.3 BPSD-registret

Sjuksköterskan och kontaktpersonen har tillsammans med övrig personal och sjukgymnast gjort BPSD registreringar av alla boende under året. Vid ett tillfälle där den boende hade en svårare problematik kopplades BPSD-teamet in för konsultation. Det är ett fungerande instrument som gör personalen mer uppmärksamma på hur de ska bemöta svårhanterliga situationer. Idag har Villa Vesta fyra utbildade BPSD-administratörer.

13.4 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).

Villa Vesta ligger bra till i de flesta avseenden, men ser att vi behöver förbättra oss i bemötande, sociala aktiviteter och förbättring av allmänna utrymmen. Information om förändringar är också något att jobba med. Under 2018 planerar vi att börja med månadsbrev till närstående. Startat en grupp som är ansvarig för sociala aktiviteter, nytt är också fredagsfika och musik.

13.5 Egenkontrollprogram

- All personal ska gå Vårdhygiens webbutbildning i "Basala hygienrutiner".
- Granskning av HSL journalen genomfördes i januari 2017 med uppföljning i oktober. I januari hade dokumentationen generellt försämrats sedan föregående granskning. En förklaring till detta var att ordinarie sjuksköterska slutade på Villa Vesta innan sommaren 2016 och under sommaren och hösten har Villa Vesta inte haft samma kontinuitet av sjuksköterska. Men från och med början på februari-17 fanns en till vidare anställd sjuksköterska. När det gjordes en ny journalgranskning i oktober så var resultatet betydligt bättre. Nu gick det åter att följa omvårdnadsprocessen, men riskbedömningar, omvårdnadsplaner, kopplade åtgärder och uppföljningar. Ny journalgranskning kommer att genomföras under våren 2018.

- Granskning av SoL har utförts av Bräcke diakonis controler. Granskningsrapporten grundar sig på vad som återfunnits i den sociala dokumentationen. I de granskade genomförandeplanerna vid Villa Vesta finns insatsbeskrivningar med vad, när och hur, samt ur ett personcentrerat perspektiv. Det finns också gott om löpande dokumentation, vilken också är skriven på ett respektfullt sätt. Dock är endast 12 av 18 genomförandeplaner på verksamheten är aktuella/uppdaterade, (uppdaterade de senaste 3 månaderna).
- Temperaturkontroller görs varje måltid på den mat som kommer från Skolörtens kök.
- Brandkontroller utförs regelbundet av lokalt brandombud. Det ska fyllas i ett frågeformulär som sedan skickas centralt till Bräcke diakonis huvudbrandombud.

14 Mål och strategier för det kommande året

- Vi kommer att fortsätta att utveckla den sociala dokumentationen och HSL dokumentationen.
- Förbättra inom- och utomhusmiljön för att de boende ska få en tryggare och trivsammare boendemiljö.
- Utveckla avdelningsmötena så att all personal blir mer delaktig i kvalitetsarbetet vad gäller avvikelser för att kunna säkra omvårdnaden och upptäcka risker. Dessutom utveckla den reella kunskapen i personalgruppen.
- Utveckla sociala gemenskapen för de som bor här. Utveckla kontaktmannaskapet.
- Fortsätta arbetet med Senior alert.
- Arbeta med rutiner och instruktioner så att arbetet flyter på bättre.

15 Bilaga - Förbättringsarbete: Dokumentationsförbättring

Villa Vesta Gruppboende

Bräcke
diakoni

Dokumentationsförbättring

- Korrekt och tillräckligt

Shali Nasr Jalali, Essa Darboe
Sonthaya Liliequist (Sonthaya.Liliequist@brackediakoni.se)

Sammanfattning

Vi har identifierat att vi behöver förbättra vår skriftliga dokumentation då informationsutbytet idag ofta sker muntligt och det innebär en risk att viktig information missas. Vi vill att all personal är mer aktiva i att läsa och skriva i Safe Doc.

Beskrivning av verksamheten

Villa Vesta ligger fint i ett villaområde i Hässelby Villastad. Gruppboendet består av ett tvåvåningshus med nio lägenheter per plan, framför allt för personer med demenssjukdom.

Förbättringsområde

Vi kan se att dokumentationen i verksamheten behöver förbättras. Det är inte alla som läser den sociala journalen och det dokumenteras inte tillräckligt. Idag överförs mycket information muntligt och vi vill säkerställa att all personal får ta del av viktiga händelser kring de personer som bor på Villa Vesta. Det är därför viktigt att alla läser och dokumenterar.



Mål

Att all personal, inklusive timanställda, ska gå in och läsa i Safe Doc dagligen samt dokumentera minst en gång i veckan och vid behov.

Mått

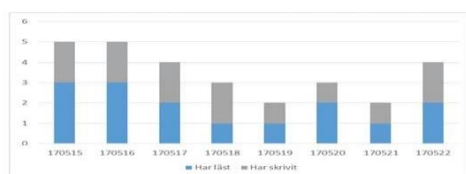
Antal personer som tagit del av social journal över tid. Uppgifterna har tagits fram ur journalsystemet samt genom att personalen själva fått mäta hur ofta de läst och/eller skrivit i Safe doc.

Idé att testa

Genom ny rutin, information och stöd har personalen uppmuntrats att läsa och dokumentera i den sociala journalen.

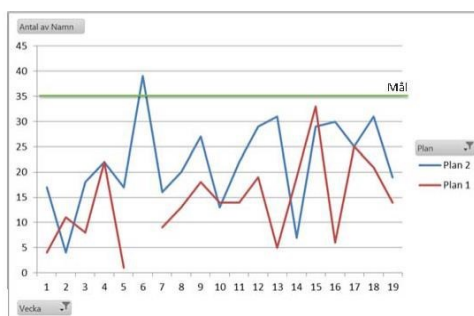
Planera och genomföra testet

Personalen har fått information vid APT gällande att tid avsätts för läsning av dokumentation vid varje personalbyte. Denna tid är även avsatt för att dokumentera om man inte hunnit det vid andra tillfällen. Det avsätts 15 minuter för varje personal i samband med personalbyte för att läsa och skriva. Personalen erbjuds stöd vid behov av både coach och verksamhetschef.



Studera resultat

Diagrammet till höger visar antal inloggningar/vecka i den sociala journalen. Den röda linjen representerar plan ett och den blå linjen representerar plan två. Båda våningsplanen visar stor variation och ingen av våningarna når upp till satta mål. Man ser dock hur antal inloggningar ökar överlag under mätperioden.



Diagrammet ovan visar hur många personer som totalt läst och skrivit mellan 170515-150522. Vi har ännu inte kunnat se att insatserna som gjorts hittills har gett någon effekt. Verksamheten kommer därför att fortsätta sitt förbättringsarbete gällande utvecklingsområdet. Resultatet gällande dokumentation varierar beroende på vem som arbetar.

Agera och dra slutsatser

Då vi inte nått vårt mål ännu planerar vi att fortsätta vårt arbete med att testa nya idéer. Vi kommer att mäta dessa för att se om de nya förändringarna faktiskt leder till en förbättring.

Ett förbättringsprojekt inom Förbättringskraft, Bräcke diakoni