

Vård- och omsorgsboendet
Fristad

Bräcke
diakoni

*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse*

2018

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2018

Vård- och omsorgsboendet Fristad

© Bräcke diakoni - februari 2019

Innehåll

1	Sammanfattning	4
2	Inledning.....	5
3	Strategier och fokusområden	5
4	Organisation och ansvar.....	7
4.1	Bräcke diakoni	7
4.2	Vård- och omsorgsboendet Fristad	8
5	Systematiskt förbättringsarbete	9
6	Riskanalyser	10
6.1	Riskanalyser på organisationsnivå.....	10
6.2	Riskanalyser på individnivå	10
7	Egenkontroll	11
7.1	Kvalitetsdialog	11
7.2	Lokal egenkontroll	11
7.3	Externa revisioner.....	12
7.4	Nationella och regionala undersökningar.....	13
8	Avvikelsehantering.....	13
8.1	Avvikelse	13
8.1.1	Lex Maria och lex Sarah	14
8.2	Klagomål och synpunkter.....	15
9	Medarbetarnas delaktighet.....	15
10	Samverkan	17
10.1	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare.....	17
10.2	Samverkan med brukare och närstående	17
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	17
10.4	Forskningssamverkan	18
11	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....	19
12	Miljöarbete	20
13	Informationssäkerhet.....	21
14	Resultat	21
14.1	Dokumenterade förbättringsarbeten	21
14.2	Kvalitetsdialog	22
14.3	Avvikelse	23
14.3.1	Lex Maria	24
14.3.2	Lex Sarah.....	24
14.4	Kvalitetsregister.....	25
14.4.1	Senior alert.....	25
14.4.2	Svenska palliativregistret.....	26
14.4.3	BPSD-registret.....	26
14.5	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	27
14.6	Egenkontrollprogram.....	27
15	Mål och strategier för det kommande året.....	28

1 Sammanfattning

Fristad vård och omsorgsboende håller fortsatt god kvalitet med hög precision gällande sitt systematiska arbete med kvalitetsfrågor. Vi bedömer att 2018 har varit året då extra intressanta processer och resultat växt fram. Dessutom har vi kunnat se bättre resultat än förväntat inom ett flertal områden. Vi lade tidigt under året fokus på att utveckla och förbättra mötesstrukturen, fördelning och förtydligande kring ansvarsområden men inte minst högsta fokus på en personcentrerad vård och omsorg för våra äldre. Ett av de högt prioriterade målen blev bl.a. att öka boendes känsla av trygghet, gott bemötande och förtroende för oss personal. Där når vi nu under 2018 100% andel positiva svar, enligt senast nationella brukarundersökning. När det gäller årets arbete med avvikelsehanteringen, vilket också var ett av de föregående målen, har vi framför allt genom den förbättrade mötesstrukturen kunnat öka förutsättningar för såväl återkoppling, informationsöverföring och uppföljningsprocesser. Alla möten har ett tydligt syfte med vilka som ska delta och i synnerhet vad våra möten ska innehålla och leda till. Ett av de mötesforum som kommit att spela en betydande roll för vår utveckling och förbättring är kvalitetsrådet där förbättringsområden identifieras, planeras och tidsbestäms. Vi beslutar även i detta forum vem som ansvarar för respektive område. Genom att tydliggöra ansvarsområden och på ett bättre sätt ta tillvara på medarbetares resurser ser vi hur såväl engagemang som flödet av kunskapsspridningen mellan oss ökar. Verksamhetens ombudsroller (t.ex. kostombud, aktivitetsombud) har blivit mer synliggjorda och involverade i kvalitetsarbetet och förbättringsåtgärder inom verksamheten. Tillsammans arbetar vi mot gemensamt uppställda mål.

Fristad vård och omsorgsboende är en mindre verksamhet med korta beslutsvägar och närhet mellan alla yrkesprofessioner. Sammantaget underlättar detta för oss när det gäller dialog och samverkan. Täta återkopplingar sker dagligen mellan all personal och verksamhetschefen sänder varje vecka sedan hösten 2018 informationsbrev till alla anställda i verksamheten. Det är viktigt att t.ex. vikarier eller personal som varit borta från verksamheten en period, ska kunna få ta del av både senaste händelser men också vad som planerats inom det närmaste. Mera information kring övergripande väsentliga händelser har också efterfrågats från anhöriga. Under 2018 har vi därför dels uppdaterat informationsbroschyren för verksamheten men verksamhetschefen började vid årsskiftet också med att publicera månadsbrev till anhöriga. På så vis uppdateras anhöriga kontinuerligt om vad som sker, feedback på synpunkter, förbättringsförslag m.m. En personcentrerad vård och omsorg i en väl fungerande verksamhet ligger i allas intresse, det är därför vi även fortsatt under 2019 kommer lägga primärt fokus på områden som delaktighet, engagemang och samverkan.

2 Inledning

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

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

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

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

I verksamheten finns tillgång till läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och aktivitetspedagog.

Fristad bedriver vård och omsorg inom lagrummen SoL och HSL.

3 Strategier och fokusområden

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

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

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

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt i organisationens övergripande styrkortsmål fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2018 på följande områden:

I sin helhet har vårt fokus under 2018 varit att på ett mer konkret och tydligt sätt arbeta fram och utveckla metoder för hur vi säkerställer en personcentrerad vård och omsorg, där boende och närstående upplever en stark känsla av trygghet, respekt och värdighet. Det ska finnas en röd tråd och transparens mellan alla parter, detta från att den boende flyttar in hos oss och ända fram till vården i livets slutskede. För att kunna närma oss detta ännu mer, har en avgörande faktor varit att hitta tillvägagångssätt för hur vi faktiskt sakligt kan lyckas med att identifiera förbättringsområden, hur det ska göras och inte minst former för utvärdering och uppföljning. En utmaning har varit att besluta kring prioritetsordningen, dvs vad som måste göras och ske innan vi kan ta nästa steg i processen inom vårt förbättringsarbete. Följande områden har hanterats under året;

- Återkoppling och uppföljning kring avvikelshanteringen
- Förtydligande kring ombudsroller/ansvarområden bland medarbetare
- Mötesstrukturen för bättre teamarbete och intern samverkan
- Personcentrerad vård och omsorg med ökad känsla av trygghet och förtroende bland boende och närstående

Sammanfattningsvis kan man säga att samtliga ovan punkter på ett flertal sätt framgångsrikt utvecklats inte minst pga. av den förbättrade mötesstrukturen. I början på 2018 hade vi först fokus på att utveckla processen inom avvikelshanteringen, men då förbättringarna uteblev valde vi att pröva en annan väg. I en verksamhet som vår, arbetar det personal dygnet runt. Det sker således en rad olika möten parallellt med att händelser och situationer kontinuerligt inträffar. Vi ville på bästa sätt använda all vår tid genom att nyttja den till fullo och få struktur inom vår egen verksamhet. Vi var tidigt överens om att avstämningar (informella såväl som formella) är nödvändigt för informations spridning och återkoppling. Syfte och mål behövde dock bara klart för alla. Genom att tydliggöra detta har innehållen i våra möten lett till konstruktiva diskussioner och kvalitetssäkrade beslutsunderlag där vi samtidigt kunnat fokusera mer på hur vi på bästa sätt alltid i våra möten bibehåller en personcentrerad omvårdnad som ger ökad kvalitet. Det handlar initialt om att vi alla, oavsett profession och ansvarsområde, blivit bättre på att gemensamt fördela, planera, genomföra och återkoppla vårt dagliga arbete på en operativ nivå där vi säkerställer att alla boende får den hjälp

de behöver. Vi har också på en övergripande nivå kunnat arbeta mera effektivt med vår struktur gällande egenkontroller, riskanalyser, handlingsplaner och uppföljningsrelaterade frågor. Med utgångspunkt från våra fokusområden under 2018 och sättet vi hanterat dessa på, kan vi nu på ett betydligt bättre sätt se hur alla delar hänger samman eftersom vi själva tagit kontrollen över utvecklingen, istället för tvärtom.

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 samt verksamhetscontroller. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete och ledarskap. Kvalitetsavdelningen leds av kvalitetschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

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

4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad

På Fristad arbetar vi aktivt med att skapa en kultur för ständiga förbättringar genom att bygga kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i hela verksamheten. Personalens medverkan bygger på den grundläggande kompetens varje medarbetare har och den kompetensutveckling som erbjuds inom verksamheten.

- Vårt kvalitetsarbete organiseras, planeras och följs upp främst via en systematisk och teambaserad daglig planering. Detta är vårt mest effektiva sätt att kontinuerligt gå igenom, planera och följa upp aktuella insatser utifrån en personcentrerad vård och omsorg för varje boende. Den dagliga avstämningen sker i samband med samtliga skiftbyten alla dagar i veckan.
- Teammöten varannan vecka; i detta forum möts legitimerad personal med undersköterskor för arbetet med BPSD, Senior Alert, palliativa registret m.m.
- Lokala ledningsgruppsmöten 1 ggr/vecka. Vi följer upp veckan som varit och veckan som kommer inom områden som rör exempelvis bemanning, inträffade avvikelser som kan ha inträffat under helgen då ordinarie ledning inte varit på plats eller annat av vikt som sker eller förväntas ske inom de närmaste dygnet.
- APT (arbetsplatsträffar) minst var 6:e vecka. Vi har även frekventare forum med mindre arbetsgrupper.
- Kvalitetsråd 4 ggr/år; här identifierar vi förbättringsområden och bestämmer hur vi ska arbeta vidare, uppföljning, återkoppling och förbättringar kring avvikelser.
- Minst 2 ggr/år kallar verksamhetschefen till avstämningsmöten med verksamhetens olika ombudsroller såsom aktivitetsombud, kostombud, brandombud, miljöombud, m.fl.
- Områdesträffar och regionala nätverksträffar, pedagognätverk, demensnätverk, kvalitetsombudsträffar, kostnätverk 2ggr/år.

Inom verksamheten har det under 2018 arbetats fram en bättre struktur för hur vi organiserar vårt gemensamma arbete. I detta har vi skapat rutiner, utvecklat processer för "årshjul" men inte minst lyft fram realistiska mål. Det är framför allt i samband med APT där alla yrkeskategorier möts, som vi delger varandra återkopplingar och sprider information sinsemellan. Det finns exempelvis inte förutsättningar för att alla alltid ska kunna mötas samtidigt. APT blir därför det forum där vårt gemensamma arbete knyts ihop, åtminstone i stora drag, sammanställs och implementeras. Som ett komplement till APT skriver verksamhetschefen varje vecka ett informationsbrev till all personal (inkl. vikarier) för att säkerställa så ev. detaljer, inkommande frågor, nytillkomna händelser eller fattade beslut förtydligas.

Utöver detta finns i olika nätverk utifrån intresse och kunskapsområde, internt och extern, som vi deltar i för att bredda vår kompetens. Exempel är nätverk för sjuksköterskor, samtalsledare m.fl. Regelbunden kompetensutveckling och en reflekterande arbetsmiljö utifrån microsystemet är viktiga förutsättningar för att stärkas i den egna yrkesrollen.

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 (avvikelse). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

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

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

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

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

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

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 2018 har alla verksamheter jobbat med att förbättra resultaten av sina identifierade kvalitetsindikatorer.

Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft och Värdeforum. Det finns ett 70-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

Det är verksamhetschefen som är ytterst ansvarig för att egenkontroller sker, bearbetas och följs upp. Samtliga egenkontroller sker i nära samarbete mellan verksamhetschef och medarbetare (vilka som regel har spetskompetens för att utföra delegerade egenkontroller). En årsagenda finns för kontroll över samtliga kontroller och det ska skyndsamt ske återkoppling av resultat till verksamhetschef då de är genomförda. Utifrån respektive resultat skapas det vid behov en handlingsplan med föreslagna åtgärder. I sin helhet presenteras kontroll, resultat och åtgärdsplan till övriga medarbetare via APT.

Under 2019 kommer vi fokusera på hygienfrågor eftersom vi vill utveckla vårt arbete med egenkontroller för just detta område. Detta kommer dels ske genom utbildning till all personal. Vi beställer också ett besök från landstingets hygiensjuksköterska som vi vet kan hjälpa oss med information och användbara tips.

Årligen sammanställer verksamhetschef samtliga egenkontroller i ett dokument där all information av vikt för framför allt ett fortsatt lärande samlas. Dokumentet finns tillgängligt för all personal i organisationens ledningssystem. Tanken är att utveckla formen för lärande av våra resultat på ett bättre sätt under kommande år.

7.3 Externa revisioner

Under 2018 har vi haft externa revisioner från Spånga stadsdel/beställare, apoteket samt Anticimex.

Stadsdelen genomför vanligtvis verksamhetsuppföljning en gång om året hos oss. Sedan ett flertal år tillbaka har uppföljningarna inte visat på några avvikelser. Vi upplever överlag ett mycket gott samarbete med beställarenheten då vår relation består av transparens, god samverkan och inte minst flera gemensamma mål. Utöver vårt delade intresse för överenskommet avtal tar vi ansvar för att våra äldre ska ha det så bra som möjligt utifrån de förutsättningar vi har.

Anticimex besöker verksamheten två gånger varje år (vår och höst). I överenskommelse med Anticimex har verksamhetschefen bitt om att de ska genomföra sina kontroller vid oanmälda besök, detta eftersom den lokala ledningsgruppen anser att en verksamhet alltid ska kunna vara beredd på en extern revision, oavsett vad det handlar om. Vi fick även detta år återkoppling på att vi i det stora hela håller en god ordning och följer våra rutiner. Det som däremot uppmärksammades var att vi behövde uppdatera vissa egenkontroller eftersom vi sedan augusti 2018 använder oss av en ny matleverantör dvs Dafgård. Numera tillreder vi lunch och middag själva istället för att maten kommer lagad direkt från ett närliggande kök i byggnaden.

Apoteket genomförde en granskning i december 2018. Vi fick återigen återkoppling på att vi håller en god ordning och reda gällande vår läkemedelshantering. Det som däremot behöver åtgärdas under

2019 är uppdatering av vissa rutiner exempelvis kring administreringen av läkemedel inne i de boendes lägenheter.

7.4 Nationella och regionala undersökningar

På ett lokalt och i synnerhet individfokuserat plan för varje boende så arbetar vi med kvalitetsfrågor genom BPSD registret, palliativa registret och senior alert. Dessa register bearbetas och följs upp inom våra teamträffar som sker varje vecka. Vi bedömer att vi kommit långt i vårt arbete eftersom all personal är involverade och väl bekanta med arbetsmetoderna. Vi har fortfarande en ambition om att alla undersköterskor ska utbildas till BPSD administratörer men vi har en bit kvar. Ungefär två medarbetare kan utbildas varje år. Att inte fler kan utbildas på en gång har med antalet disponibla plaster som tilldelas Fristad årligen. På ett mera övergripande plan arbetar vi med kvalitetsfrågor utifrån den nationella brukarundersökning som genomförs av socialstyrelsen varje år. Även om vi fortsatt håller en god kvalitet och kundnöjdhet ställs vi återkommande inför utmaningar såsom bättre upplevelser av vårt aktivitetsutbud och möjlighet till utevistelse. Resultatet från brukarundersökningen går vi igenom tillsammans varje år dels med all personal men också tillsammans med anhöriga. Med resultatet från 2018 följer en väl genomarbetad handlingsplan och detta arbete påbörjades redan under slutet av 2018. Vi återkommer till detta under sista stycket kring mål och strategier för 2019.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

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

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje

enhet åtgärddar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Bräcke diakonis MAS och MAR spelar en central roll i hantering av avvikelserna. MAS och MAR utreder avvikelser tillsammans med verksamhetschefen och avslutar dessa i Vodok. 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.

Då en avvikelse rapporterats in i DF respons skickas den direkt till verksamhetschef som utser ansvarig utredare. I de fall avvikelserna rör HSL (tex medicin eller fallavvikelser) skickas avvikelsen skyndsamt vidare till omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan påbörjar en utredning i samband med att hon och verksamhetschef graderat allvarlighetsgraden. Berörda personer i händelsen görs delaktiga genom att avvikelsen utreds i ett nära teamarbete under hela processen från början till avslut.

Under 2018 har vi på olika sätt försökt arbeta för ett bättre flöde när det gäller återkoppling kring exempelvis vidtagna åtgärder och lärande. Visserligen sker detta till den personal som varit delaktiga i utredningen eller också i samband med teamträffar i de fall avvikelsen haft en särskild betydelse/varit extra problematiska. För de som inte varit delaktiga under utredningen är det lätt hänt att sådant som återkoppling och information faller bort i viss mån. Detta leder i sin tur till att sista momentet i avvikelprocessen dvs ”hur vi lär oss av varandra i fortsatta arbetet” blir otillfredsställande. Även om vi sett att trenden vänt på senare år dvs att vi blivit bättre på att rapportera och utreda så kvarstår med andra vissa delar ord de avslutande momenten kring lärandeprocessen.

I mycket sällsynta fall har vi hittills bedömt avvikelser till grad 3 eller 4 i allvarlighetsgrad. Under 2018 har ingen sådan inträffat. I vårt teamarbete har vi kommit fram till att en anledning till troligtvis är att vi utvecklat flera väsentliga delar i det förebyggande arbetet. Vi försöker också alltid ligga steget före och vid situationer där sådant som oro och ökad vårdtyngd i verksamheten blir extra påtaglig har vi som rutin att alltid se över behov av insatser såsom tillfälligt utökad bemanning sådant som riskbedömningar och/eller handlingsplaner är genomförda.

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.

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 2018:372 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 2018 har ett 20-tal förbättringsprojekt genomförts. Under 2018 har flera förbättringsarbeten haft fokus på e-hälsa. Teamen utvecklade sin digitala kompetens och verksamhetens kvalitet i vardagsarbete.

- Bräcke diakoni deltog 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:

Beskriv vilka särskilda insatser inom kvalitetsområdet era medarbetare har jobbat med under det gångna året

- Utveckling av verksamhetens kvalitetsråd har skett under 2018. Även om vi hade detta redan sen tidigare, så har vi haft svårt att lyckas hålla i denna sammankomst på ett systematiskt och effektivt sätt. Under året arbetade vi därför om agendan och beslutade om att inledningsvis planera in möten månadsvis. Under 2019 kommer däremot dessa möten äga rum kvartalsvis då vi sett att beslut och åtgärdsplaner som vi fattar beslut om kan behöva lite mera tid för bearbetning och analyser. I kvalitetsrådet identifierar vi förbättringsområden, risker och förslag på åtgärder. Ansvarsområden fördelas mellan alla deltagare för en jämn spridning av arbete och delaktighet. I kvalitetsrådet medverkar förutom verksamhetschef den legitimerade personalen även samordnare samt undersköterskor. Olika undersköterskor bjuds in varje gång eftersom vi på bästa sätt vill få med så många som möjligt från hela personalgruppen.
- Mat och måltidssituationen blev framför allt något som naturligen gavs ett extra fokus under kvartal 3 och 4. I samband med att vår tidigare leverantör av mat avslutade avtalet valde vi en ny matleverantör. Eftersom nya matleverantören, Dalgård, innebär att vi själva tillreder maten utbildades två kostombud i helhetskonceptet. Det är numera dessa som i samarbete med övrig personal planerar veckomenyerna. Resultatet har fallit väl ut på så vis att personalen utifrån de boendes dygnsrytm och behov kan anpassa såväl portionsstorlekar, favoriträtter och inte minst delaktighet från boende som vill och kan får känna sig mera involverade i exempelvis förberedelser och övrig planering kring måltidssituationen. All övrig personal ges kontinuerligt information och uppdatering dels genom veckoinformation från verksamhetschef och kostombud men också i samband med arbetsplatsträffar (APT).
- Aktiviteter och utevistelse har varit ett ständigt återkommande ämne för utvecklingen. Genom att vi under senare delen av 2018 beslutade om att anställa extra personal som i sin roll fokuserar enbart på dessa område förväntar vi oss se en ökning av såväl utbudet av aktiviteter och boendes möjlighet att komma ut på promenader på ett mera systematiskt och tillfredsställande sätt än tidigare.
- Vi beslutade också under slutet av 2018 att anställa ytterligare personal under veckosluten för att kunna säkerställa att sådant som aktiviteter och utevistelser sker i större omfattning även då.

10 Samverkan

10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

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

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

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

10.2 Samverkan med brukare och närstående

Fristad bjuder in till anhörigmöten 1–2 ggr/år. Vid detta tillfälle går verksamhetschef igenom resultat från senaste brukarundersökning, presentation av åtgärdsplaner och mål för kommande år. Det är också ett väldigt bra tillfälle för närstående att träffa varandra och dela med sig av funderingar och frågor. Vid anhörigträffen deltar alltid minst en sjuksköterska och rehabpersonal. Särskilt önskemål har kommit från anhöriga att de gärna ser att någon från omvårdnadspersonalen deltar. Fortsättningsvis kommer därför även 1–2 undersköterskor att bjudas in.

Sedan årsskiftet 2018/2019 får anhöriga månadsbrev från verksamhetschef. Detta eftersom vi sedan länge tänkt att flödet av information behöver göras bättre kring exempelvis organisatoriska/övergripande angelägenheter, återkoppling på inkommande frågor eller annat av vikt som på olika sätt generellt skulle kunna påverka anhörigas delaktighet inom verksamheten.

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).

Redan 2017 påbörjade vi ett nära samarbete med Spånga församling som besöker verksamheten regelbundet. Det är en diakon som tillsammans med musiker och sångare håller gudstjänst, underhåller och fikar tillsammans med boende. Denna tillställning är mycket uppskattad av våra boende. En gång om året får vi också besök av elever och lärare från en närliggande skola som firar Lucia tillsammans med oss. Under 2018 har vi försökt utveckla vårt samarbete med olika organisationer såsom röda korset, PRO eller andra idéburna aktörer. Tyvärr har vi inte lyckats få napp men vi kommer att fortsätta med vårt arbete för att försöka få igång detta under 2019.

10.4 Forskningssamverkan

Målsättningen med Bräcke diakonis arbete med forskning är att det ska bidra till att vi bättre ska kunna verka för ett medmänskligare samhälle och skapa värde för dem som vi finns till för. Som hjälp i detta har vi under 2018 antagit en forskningsstrategi som fokuserar på tre forskningsområden med inriktning mot idéburen välfärd:

- Värdeskapande mellan dem vi är till för och medarbetare
- Organisering och ledning av idéburna organisationer
- Samverkan och relationer i välfärden

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. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. 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 enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

Bräcke diakoni har 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. Under 2018 har vi också för första gången arrangerat Bräcke diakonis Kunskapsarena för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under konferensen presenterade 10 forskare från 6 olika universitet och högskolor projekt som bedrivs inom Bräcke diakonis verksamheter.

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:

- Utbildningsåtgärder – 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 februari 2018 den nionde 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 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 ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- 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 Informationssäkerhet

Under slutet av 2017 och under 2018 har Bräcke diakoni jobbat intensivt med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i den nya Dataskyddsförordningen. Arbetet med anpassningen har bestått av:

- Intervjuer med samtliga verksamhetschefer för att kartlägga risker och förtydliga varje verksamhets hantering av personuppgifter. I samband med intervjuerna genomförde verksamhetschefer en kartläggning av personuppgifter som finns i verksamheten och hur dessa hanteras. Kartläggningen används av IT-avdelningen för samordningen av informationssäkerhetsarbetet.
- Resultat av intervjuerna och kartläggningar sammanställdes och en risk- och konsekvensanalys utfördes, de största riskerna åtgärdades omedelbart.
- Mindre risker har återkopplats till verksamheterna för åtgärder.
- Dataskyddsombud är utsett samt informationssäkerhetsråd har bildats med syfte att stötta Dataskyddsombud samt hantera frågor kring informationssäkerhet.
- Nya rutiner för epost har införts där systemet bl.a. förhindrar att personnummer skickas okrypterad via epost
- Kryptering av datorer samt epostmeddelanden som innehåller känsliga personuppgifter.
- Andra tekniska lösningar: systemanpassningar av journalsystem för att anpassa till GDPR

14 Resultat

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

14.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

Under 2018 har vi inte deltagit i Bräcke diakonis förbättringsarbete inom "förbättringskraft". Vi har däremot arbetat med att identifiera och utveckla förbättringsområden såsom mötesstruktur, egenkontroller och nystart av kvalitetsrådet där samtliga professioner ingår dvs leg personal, undersköterskor, verksamhetschef samt kvalitetsombud.

14.2 Kvalitetsdialog

Område	Struktur	Process	Resultat	Diff S	Diff P	Diff R
1. Styrdokument och ledningssystem	2,8	2,8	2,5	-0,20	0,05	-0,50
2. Riskanalyser	3,0	3,0	3,0	0,50	0,00	0,00
3. Avvikelsehantering	3,0	3,0	3,0	0,33	0,00	0,00
4. Egenkontroll	3,0	3,0	2,7	1,00	0,00	-0,33
5. Kunskap och kompetens	2,3	2,0	3,0	-0,33	-0,50	0,00
6. Samverkan	3,0	3,0	3,0	0,00	0,00	0,00

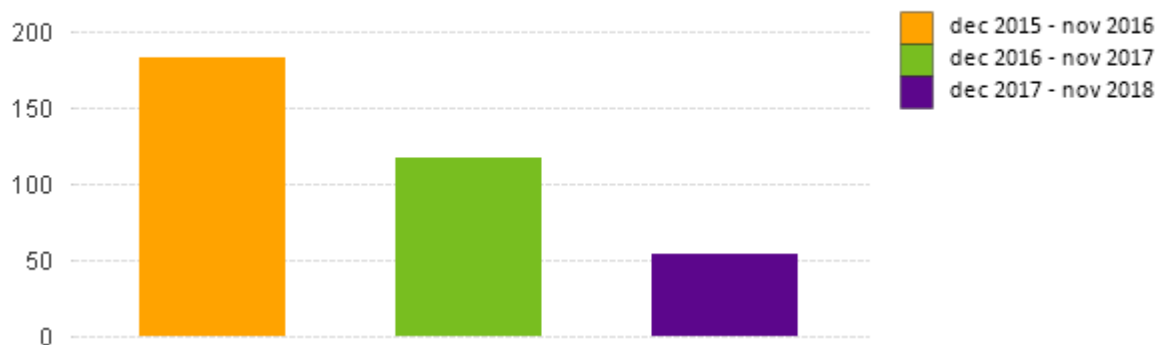
Figur 2. Resultat från årets kvalitetsdialog samt skillnaden mot föregående år (Diff). Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

Jämfört med 2017 har vi bl.a. hittat en bättre struktur för arbetet med våra riskanalyser. Återkoppling och information till övrig personal har blivit mer kvalitetssäkrad då en bättre systematik skapats. Vår upprättade mötesstruktur och med detta personalens ökade möjlighet för delaktighet och ansvar har varit en bidragande faktor.

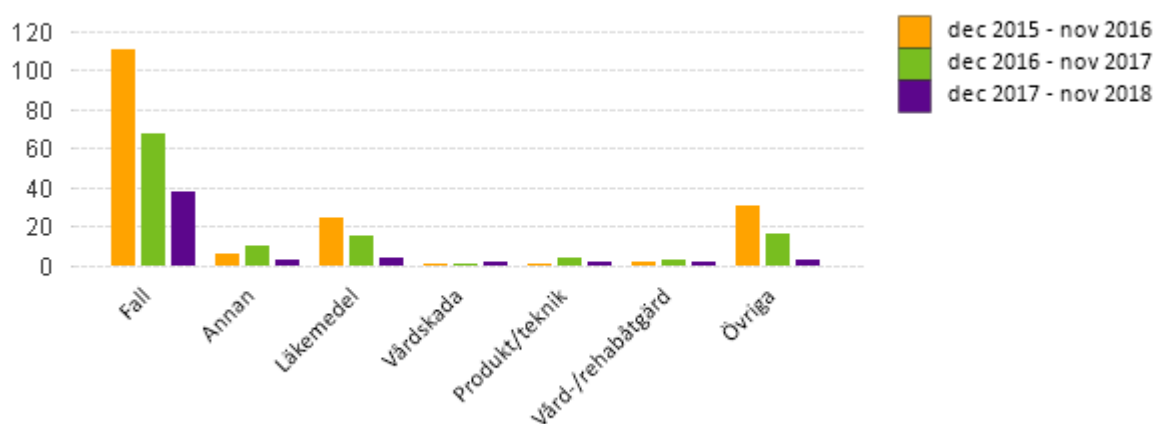
Det vi kan se jmf med föregående år är däremot att såväl strukturen som processen kring styrdokument och ledningssystem halkat efter, detta även om skillnaden är marginell. Detta behöver vi följa upp mera under 2019. Vi har dock haft en del tekniska bekymmer dels i samband med att vår organisation gjorde vissa uppdateringar i vårt IT system men även under perioder bristfällig nätuppkoppling. Under början på 2019 är en planeringsdag inbokad där all ordinarie personal kommer delta. Denna dag kommer bl.a. innehålla en genomgång av vårt uppdaterade ledningssystem samt att vi kommer fräscha upp våra kunskaper kring hur vi kommer in i våra system, hittar information och tar del av både lokala och övergripande rutiner och hur vi all förväntas arbeta inom detta område. Ett smärre tapp kan ses gällande struktur och processer angående medarbetares kunskap och kompetens. Vi tror detta kommer förbättras i och med att alla medarbetares kompetensplaner uppdaterats under slutet av 2018 för att sedan följas upp under kvartal 1 och 2 2019.

14.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



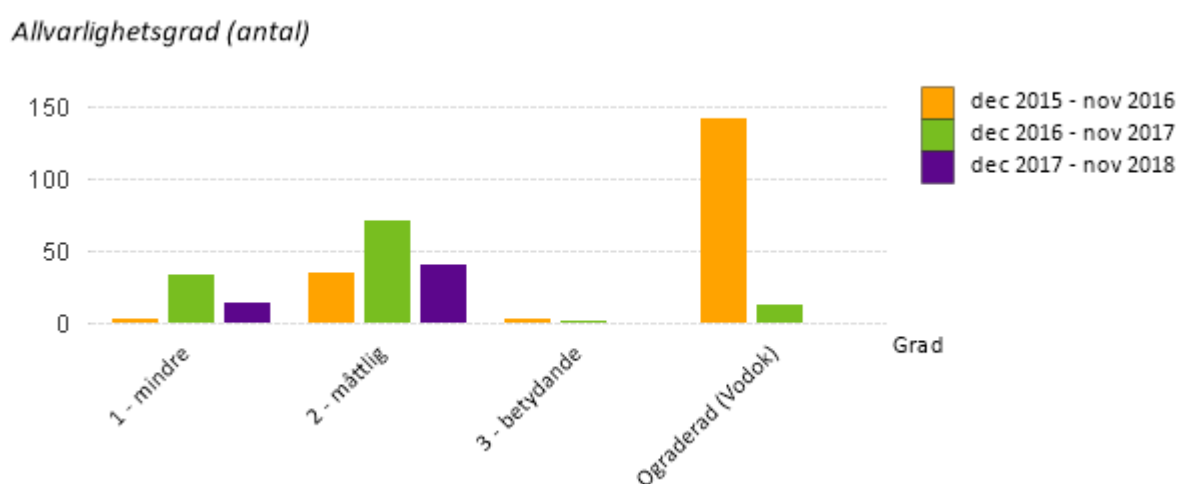
Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2018 samt förändringen mot tidigare år.

Avvikelserna har minskat i verksamheten då vi blivit bättre på att arbeta förebyggande. Dock vet vi att det finns ett visst mörkertal gällande fallavvikelser. Vi har såväl i teamet som i kvalitetsrådet ofta en dialog kring vad som ska betraktas som ett fall. Det finns en del av vår expertis som menar att om en boende exempelvis på ett mera medvetet plan förflyttar sig från en stol och själv väljer att sätta sig på golvet så är det inte ett fall utan risk, medan andra hävdar motsatsen (bådadera skall visserligen registreras). Vi är överens i verksamheten att detta är en mycket angelägen fråga att fortsatt diskutera. När det gäller övriga avvikelser tror vi inte att det råder något mörkertal. Om vi tar läkemedel som exempel så följer sjuksköterskorna dagligen upp ordinerade och givna mediciner och hade något oklart uppstått där hade registrering av avvikelse omgående genomförts.

Vi förväntar oss att det i fortsättningen kommer ses en ökning i registrerade fallavikelser men först behöver vi arbeta mera aktivt för att definiera vad som är en avvikelse eller risk för detta. Till vår hjälp har vi Bräcke diakonis MAS men också den MAS som är aktuell i vår stadsdel.



Figur 4. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2018 samt förändringen mot tidigare år.

Vi har blivit betydligt bättre på att arbeta förebyggande samt uppmärksamma ev. risker i boendes beteendemönster. Det är framför allt av denna anledning som vi tror att det under 2018 främst handlat om allvarlighetsgrad 1 och 2.

14.3.1 Lex Maria

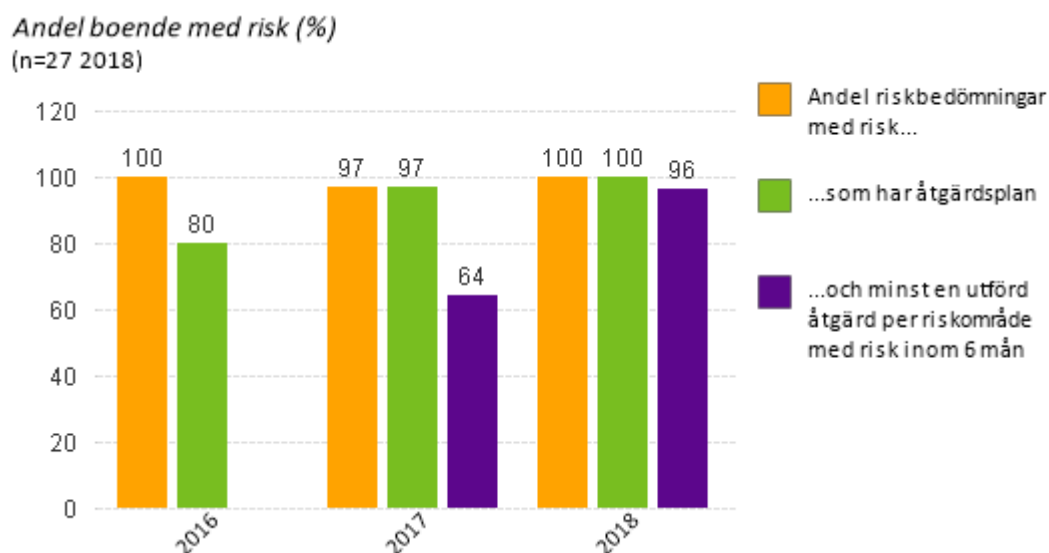
Inga Lex Maria-ärenden har varit aktuella under 2018.

14.3.2 Lex Sarah

Ingen Lex Sara under året

14.4 Kvalitetsregister

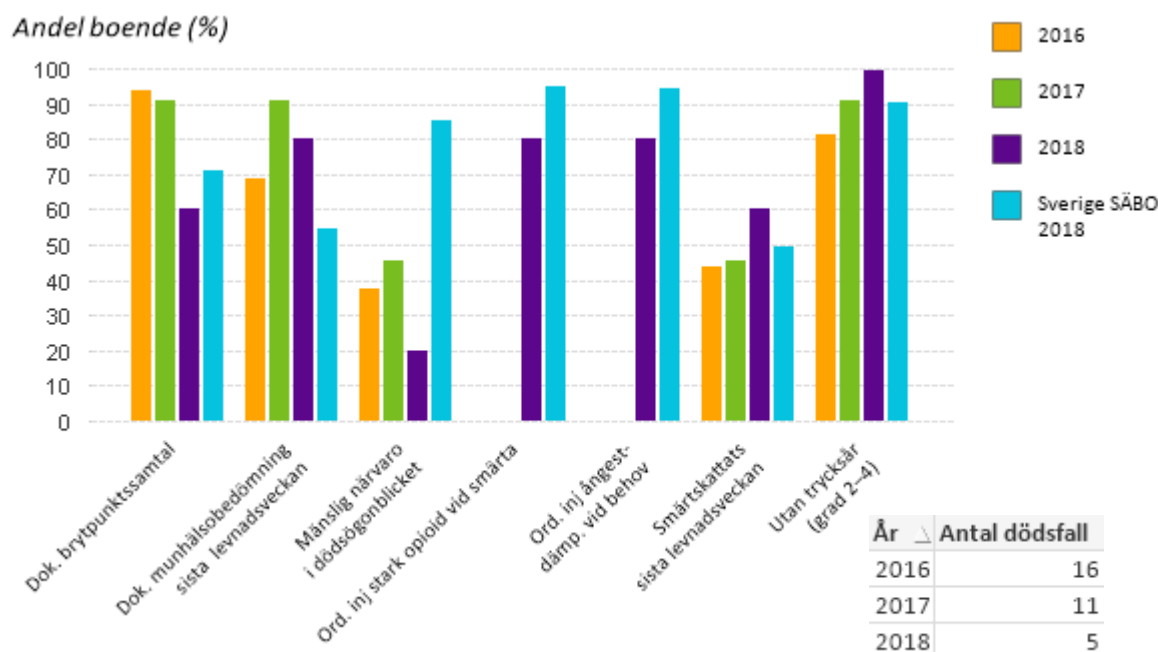
14.4.1 Senior alert



Figur 5. Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2018 samt jämförelser med tidigare 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.

Det är glädjande för oss att kunna se ett så positivt resultat när det gäller vårt arbete i senior alert. Att utvecklingen här går i rätt riktning beror främst på att kompetens tillförts hos leg personal, tid avsätts varje vecka för teamet att sammanstråla och arbeta med aktuella registreringar. Sammanfattningsvis så beror resultatet alltså på tillförd kompetens och systematik i samarbetet inom verksamheten. När man når goda resultat blir många gånger den främsta utmaningen att bibehålla detta.

14.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 6. Resultat från Palliativregistret för 2018 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

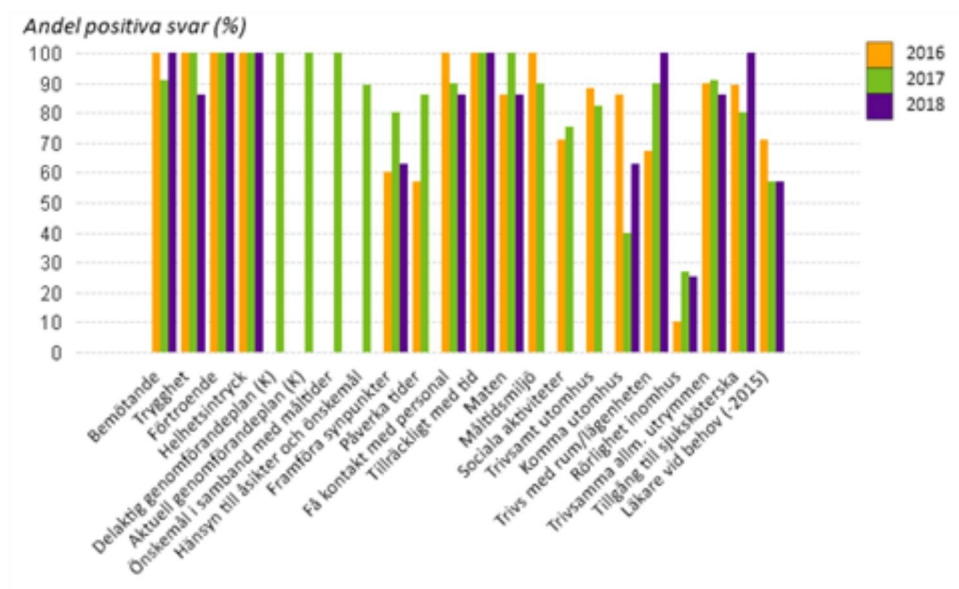
Även arbetet med detta register fungerar väl även om vi inom vissa områden ser att resultaten går upp och ner stundtals. Det som förvånar oss mest är kanske att vi inte "lyckats" bättre med närvaro i dödsögonblicket. Vi har sedan länge haft en mycket frikostig syn på att ta in såväl vak som extra personal då både vårdtyngd blir högra men också i situationer där vi tror oss veta att ett dödsfall inom kort kan ske. Denna bedömning är dock inte på något sätt enkel. Av de dödsfall som inträffat under året har några av dem inträffat plötsligt/oväntat och det är bla. en av anledningarna till att närvaron just i ögonblicket inte skett.

Något som vi anser är missvisande i denna tabell gäller brytpunktssamtal. Vår läkare har alltid detta men vi kan inte lägga in detta då sökordet inte är helt klart för oss. Vi kan inte heller se om vår läkare dokumenterar detta.

14.4.3 BPSD-registret

Samtliga av våra boende är registrerade i BPSD registret. Varje vecka följs särskilt utvalda boende upp. Detta område fungerar nästintill perfekt, något som vi är mycket stolta över. Allt fler medarbetare utbildas till BPSD administratörer och systematiken i våra teammöten gör också att informationen når ut till samtliga medarbetare.

14.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 7. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2018 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: kolada.se

I samband med årets anhörigräff (men också i samband med våra APT) har resultatet från årets brukarenkät presenterats tillsammans med en handlingsplan. Vi kan fortfarande känna och är stolta över att de boende känner sig trygga, får tillräckligt med tid och har förtroende för personal. Här når vi 100%. Vi kommer under 2019 fortsätta vårt arbete med aktiviteter och utevistelse, vilka är de områden vi sedan en tid tillbaka försökt bli bättre på men inte lyckats. I slutet av 2018 beslutades om att vi utökar bemanningen i viss mån, bl.a. genom att anställa en aktivitetspedagog men också genom att strukturera upp sådant som promenadgrupper och förnyat utbud av mera anpassade aktiviteter.

14.6 Egenkontrollprogram

Egenkontrollerna är uppdelade i SoL, HSL men också inom andra områden såsom arbetsmiljö och ekonomi. Under 2018 har vi utvecklat vårt arbete med egenkontrollerna genom att upprätta ett slags "årshjul" där vi preciserar mera tydligt vilka egenkontroller vi ska göra, när de äger rum, vem som ansvarar för att respektive egenkontroll görs, resultat och inte minst uppföljningsarbetet. I sin helhet är arbetet med egenkontrollerna implementerade i hela arbetsgruppen men vi kommer att behöva fortsätta arbetet med samtliga processer under 2019. En sammanställning är gjord över samtliga egenkontroller gjord (se bilaga).

15 Mål och strategier för det kommande året

- Aktivitet och utevistelse – Vi schemalägger mera systematiskt våra aktiviteter och utvecklar dem på ett bättre sätt efter de boendes behov. En aktivitetspedagog anställs för att hjälpa oss med detta i vår planering och utförande. Kommer arbeta i samarbete med verksamhetens aktivitetsombud. Genom att ytterligare personal anställs ser vi också en möjlighet att regelbundet kunna anordna promenad/utegrupper varje vecka. Individuella promenader och former för utevistelse fortsätter men ska också utvecklas.
- Involvera boende i upprättande av menyer eftersom vi fått ny matleverantör under 2018 – utifrån dem förutsättningar som råder kommer kostombud att tillsammans med övrig personal kartlägga sådant som favoriträtter och särskilda önskemål. Det kan exempelvis handla om att boende får turas om att bestämma vilken mat som ska serveras.
- Arbetet med avvikelseprocessen för återkoppling och lärande – vi kommer fortsätta vårt påbörjade arbete med detta. Fortfarande är vi inte helt säkra på vad som kan vara det bästa sättet för att information kring samtliga utredda avvikelser når ut till all personal. I nuläget fungerar det mycket väl på så vis att involverade personer i specifika händelser ges återkoppling men vi når inte alltid fram med återkopplingen till 100% när det gäller all personal.
- Planeringsdag i februari 2019 för att fortsätta arbetet med verksamhetens årshjul gällande egenkontroller, revisioner och mötesstruktur. Goda förutsättningar finns att lyckas med detta för all personals medverkan eftersom vi bedömer att ett väl genomarbetat grundarbete gjorts hittills.
- Förnya och uppdatera personalens kunskap kring vårt ledningssystem och styrdokument.
- Uppdatera rutiner för administrering av läkemedel (handlingsplan från senaste apoteksgranskningen)
- Utöka samarbetet med andra samhällsaktörer