

Vård och omsorgsboendet
Åsengården

Bräcke
diakoni

*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse*

2017

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2017

Vård- och omsorgsboendet Åsengården

© Bräcke diakoni - december 2017

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 Åsengården	7 5
	Systematiskt förbättringsarbete	7
6	Riskanalyser	8
6.1	Riskanalyser på organisationsnivå	8
6.2	Riskanalyser på individnivå	9
7	Egenkontroll	9
7.1	Lokal egenkontroll	9
7.2	Externa revisioner	9
7.3	Nationella och regionala undersökningar	10

8	Avvikelsehantering	10
8.1	Avvikelser	10
8.1.1	Lex Maria och lex Sarah	11
8.2	Klagomål och synpunkter	11
9	Medarbetarnas delaktighet	12
10	Samverkan	12
10.1	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	12
10.2	Samverkan med brukare och närstående	14
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	14
10.4	Forskningssamverkan	16 11
	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete	16
12	Miljöarbete	17
13	Resultat	19
13.1	Avvikelser	19
13.1.1	Lex Maria	20
13.1.2	Lex Sarah	20
13.2	Kvalitetsregister	21
13.2.1	Senior alert	21
13.2.2	Svenska palliativregistret.....	22
13.2.3	BPSD-registret	23
13.3	Socialstyrelsens nationella undersökningar	24
13.4	Egenkontrollprogram	25
14	Mål och strategier för det kommande året	26

1 Sammanfattning

- Bräcke diakoni Stockholm AB (tidigare Vingslaget Omsorg AB) har drivit Åsengården sedan 2008. Avtalet med Stockholm stad, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning gick ut 2017-09-30, men förlängdes till 2018-01-15 på grund av att tillståndet till Humana inte blev klart i tid. Humana tar över driften av Åsengården 2018-01-16 kl 7:00
- Åsengården har under 2017 fortsatt arbeta med befintliga kvalitets- och utvecklingsarbeten i verksamheten, personcentrerat anhörigstöd, kost- och måltidssituationen samt utveckla dokumentationen för hälso- och sjukvården samt person centrerad dokumentation i genomförandeplanerna med utgångspunkt i den nationella värdegrunden. Åsengården har också fortsatt sprida kompetensen och utveckla arbetssättet med att använda BPSD-registret. Idag skattas och registreras alla boende regelbundet oavsett om de har BPSDsymptom eller ej.
- Flera av resultaten i Socialstyrelsens nationella undersökningar samt i kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior Alert har förbättrats från föregående år.
- Åsengården har månatliga genomgångar och uppföljningar av inkomna avvikelser och synpunkter. All personal medverkar på dessa genomgångar, på så sätt sprids viktiga åtgärder och lärande snabbt i verksamheten.

2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd

och omsorg. Det är i detta möte som 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.

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

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, samordnare, aktivitetssamordnare och verksamhetschef.

3 Strategier och fokusområden

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

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

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

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

Åsengården har under 2017 fortsatt utveckla arbetssätten kring kost och måltidssituationen. Vi har gjort egna måltidsobservationer på respektive plan och samma dag har medarbetarna fått resultatet av observationerna. Resultatet har varit bra med lite småjusteringar där någon medarbetare reste sig upp för att hämta något i köket mitt under måltiden. Observationerna gjordes av samordnare tillsammans med kostombudet från respektive plan. Personalen på planet som blev observerat var helt förberedda och ovetande inför observationen.

Åsengården har även fortsatt arbetet med projektet gällande anhörigstöd som vi startade 2016. Verksamhetschefen har varit på en heldagsutbildning i anhörigstöd. Kontaktpersonerna har haft kontakt med anhöriga enligt deras respektive önskemål och överenskommelse. Nya boendes anhöriga har också tillfrågats om hur de vill ha kontakt och hur ofta, vilken information de vill ha osv. Vi fortsätter också att dokumentera anhörigas besök.

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, utvecklingsjuksköterska 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 Åsengården

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

En av våra sjuksköterskor är även utbildad vårdlärare, demensjuksköterska och dokumentationsansvarig.

Åsengården har idag 20 utbildade BPSD-administratörer, vilket gör att vi regelbundet, minst två gånger om året samt vid behov skattar och registrerar alla boende i BPSD-registret. Vi använder oss av statistiken i registret för att se vilka områden vi behöver arbeta mer aktivt med för att få ner antalet BPSD-symptom. Alla boende skattas och registreras oavsett om de har BPSD-symptom eller inte. På detta vis kan vi se när i tiden symptomen kom när de börjar få symptom. Samtliga boende på Åsengården har idag någon form av BPSD-symptom.

Verksamhetschefen sammankallar hela personalgruppen månatligen för genomgång och uppföljning av inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål.

5 Systematiskt förbättringsarbete

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Riskanalyser på individnivå

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 arbetsätt, 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 Lokal egenkontroll

Under sommaren genomfördes en journalgranskning av 25% av Åsengården aktuella HSL-journaler. Sammanfattningsvis visar granskningen att dokumentationen är mycket välfungerande med aktuella riskbedömningar och kopplade hälsoplaner/åtgärder till den identifierade riskerna med tydliga uppföljningar och utvärderingar. Från föregående års granskning syns också en tydlig förbättring i dokumentationen hur den enskilde görs delaktig i omvårdnaden.

7.2 Externa revisioner

Under 2017 har Åsengården reviderats av beställarens avtalshandläggare. Avtalsuppföljning med Hägersten-Liljeholmens SDF genomförs normalt en gång per år, under våren, men i år blev det den enklare verksamhetsuppföljningen istället för avtalsuppföljning som är mer övergripande. HägerstenLiljeholmens SDF gjorde ett oanmält besök under sommaren 2017. Revisionen och oanmälda besöket gav följande resultat: Åsengården har varit godkänd i uppföljningarna utifrån avtal, HSL och SoL

Anticimex har genomfört två kontroller av livsmedelshygienen under 2017. De har även följt upp vår egenkontroll utan att finna några anmärkningar.

Liko har utfört den årliga inspektionen av manuella golvliftar och sängar. Vidare har samverkan skett inom ramen för avtal med Sodexo hjälpmedelsservice. Rehabpersonalen har gjort årlig kontroll av övriga hjälpmedel. Samtliga hjälpmedel som verksamheten äger och hyr har kontrollerats och godkänts.

7.3 Nationella och regionala undersökningar

Åsengården deltar årligen i SKL enhetsundersökning samt Socialstyrelsens brukarundersökning. Använder och dokumenterar i följande kvalitetsregister: Svenska palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

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

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje enhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

I enlighet med avtalet med Stockholms stad spelar Bräcke diakonis MAS och MAR en central roll i hantering av avvikelserna. MAS och MAR utreder avvikelser tillsammans med verksamhetschefen 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.

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/stadsdel.

Åsengården har kvalitetsråd i anslutning till APT varje månad där all personal deltar. Sjuksköterskan går igenom alla HSL-avvikelser och verksamhetschefen går igenom avvikelser enligt SoL och inkomna synpunkter gällande boende och deras omvårdnad. Vi har diskuterat avvikelserna, de åtgärder som vidtagits samt hur vi ska förhindra att samma sak händer igen.

Avvikelser har registrerats månadsvis i egenkontrollen enligt Socialtjänstlagen.

Åsengården använder ett digitalt avvikelssystem, DF Respons till både SoL- och HSL-avvikelser för att vi inte ska missa registrera några avvikelser. Sjuksköterskorna har behörighet till DF Respons och för sedan in HSL-avvikelserna enligt rutin till Vodoks avvikelssystem.

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.

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

Åsengården organiserar samverkan med brukare och närstående genom följande insatser:

- Åsengården har anhörigmöten två gånger per år. Ena gången har man fest tillsammans med boende, närstående och personal. Andra tillfället är ett informationsmöte för närstående och då deltar en personal från varje avdelning, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt verksamhetschef.
- Intresset för att starta ett anhörigråd har varit svalt och ingen har anmält sitt intresse på förfrågan via brev och under anhörigmöten. Vi har dock många närstående som kommer flera gånger i veckan som då också träffar personal och verksamhetschef regelbundet.
- Varje kontaktman kommer överens med "sina" närstående om hur ofta de ska ha kontakt och under vilka former. Vi har under 2016 i ett förbättringsarbete tagit reda på hur varje enskild närstående vill ha kontakt (personlig kontakt, telefon, sms, mejl osv) med kontaktpersonen och hur ofta. Tidigare hade vi regeln att minst ett telefonsamtal i månaden, men märkte att närstående önskade olika sätt och frekvens på kontakten.
- Verksamhetschef har regelbunden kontakt med ett fåtal närstående efter deras önskemål.
- Vårdplaneringar genomförs minst en gång per år. Då träffas sjuksköterska, kontaktman och närstående. Rehabiliteringspersonal är med, om de är involverade i vården, eller kommer att behöva vara det. I särskilda fall är verksamhetschef med på vårdplaneringar. Det händer även att läkaren deltar i en del vårdplaneringar, det beror på mötets orsaker.
- Ett välfungerande samarbete och kommunikation inom vårdteamet runt den boende har varit avgörande för att säkra vård- och omsorgsinsatsernas kvalitet. Omvårdnadsmöten har hållits varje vecka och medarbetarna har fortlöpande dokumenterat i sociala dokumentationssystemet ParaSoL.
- Ankomstsamtal, vårdplaneringar och uppföljningar av dessa, anhörigmöten och vid behov enskilda samtal har regelbundet erbjudits anhöriga till de boende. Anhöriga har inbjudits till förekommande sammankomster för att kunna känna delaktighet i verksamheten. Anhörigas synpunkter, klagomål och förbättringsförslag har tagits på största allvar.

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).

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.

- Åsengården har gott samarbetet med Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning samt med stadens gemensamma köhantering. Tomma platser meddelas till köhanteringen inom

Stockholm stads med information om när den lediga lägenheten är inflyttningsklar. Några lägenheter har renoverats under året av fastighetsägare HEFAB innan ny hyresgäst kunnat flytta in. Vi har gott samarbete med fastighetsägaren och fastighetsköparen.

- Samverkan har skett regelbundet med matleverantören ISS Älvsjö. Vi har även gott samarbete med ICA Hägerstensåsen där vi också handlar mat, kaffe osv.
- Samverkan med Svenska kyrkan har skett en gång i månaden genom att prästen och en pianist besökt enheten för sångstund och andakt. Några boende har haft enskilda samtal med präst.
- Samverkan har fortlöpande skett med Örbydoktor som besökt verksamheten en gång per vecka samt vid behov.
- Samverkan med sjuksköterskepatrullen Vårdliljan AB har skett fortlöpande och behovsanpassat genom hembesök hos boenden och stöd och rådgivning till medarbetarna via telefon vid behov.
- Samverkan sker regelbundet med Oral Care, de har under året gjort munhälsobedömningar på samtliga boende. Oral Care eller den boendes personliga tandläkare/-hygienist har åtgärdat eventuella problem. Oral Care är mycket nöjda med hur personalen på Åsengården sköter de boendes munhälsa.
- Samverkan sker med fotvårdsspecialist som erbjuder boende fotvård regelbundet och som även utför medicinsk fotvård enligt remiss från läkare.
- Övriga samarbetspartners är frisören och tandläkaren på Hägerstensåsens torg samt skolor som vi tagit emot elever från.

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 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

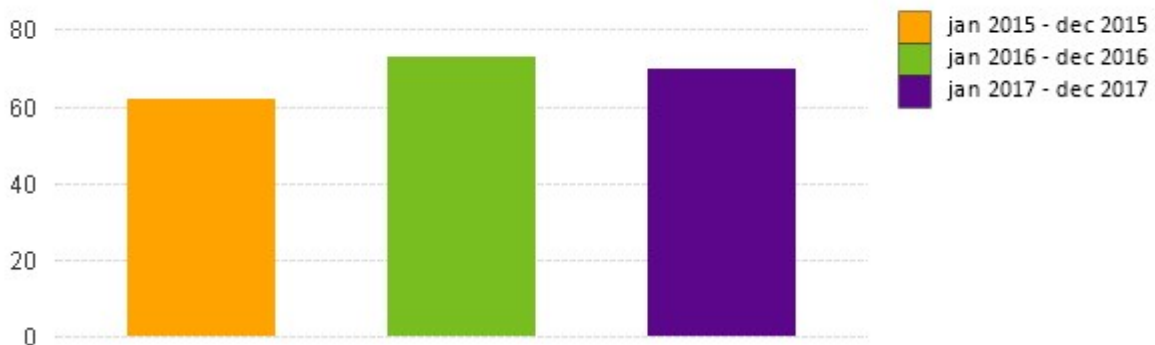
- Minska påverkan av våra arbetsresor, genom t.ex. utbildning i Eco-drive, prioritera resfria möten i form av telefon- video och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall 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

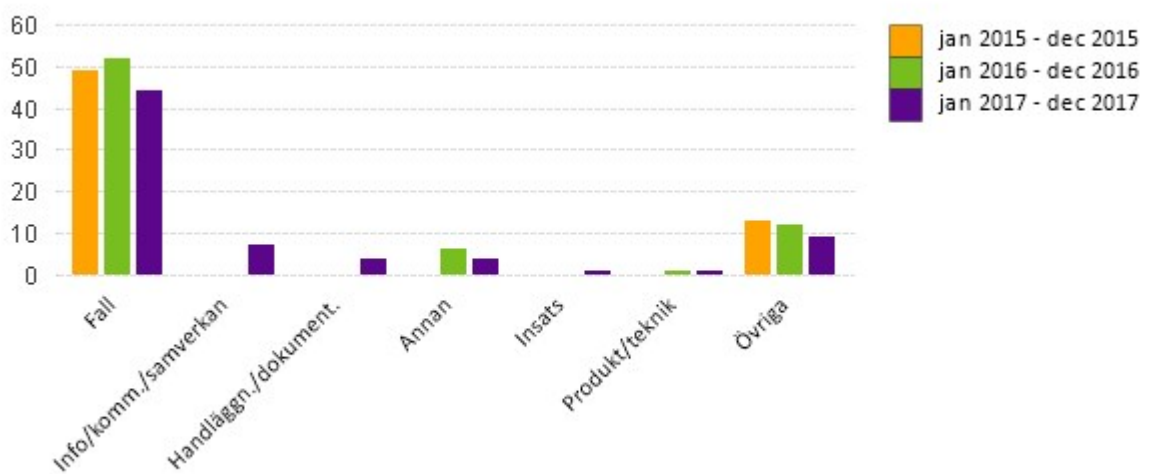
I följande avsnitt presenteras resultaten av vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

13.1 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



Figur 1. Resultat från avvikelshantering för 2017 samt förändringen mot tidigare år.

Åsengården har rapporterat in 70 avvikelser under perioden januari 2017 till december 2017. Tre färre avvikelser jämfört med 2016. Andelen fall har minskat från 52 föregående år mot 46 fall i år. Det är i huvudsak ca tre boende som står för huvuddelen av fallen. Dessa tre personer glömmer bort att de inte längre kan gå själv, men försöker gå iväg i alla fall. Detta resulterar i att de faller, oftast utan skador. Detta är också anledningen till att när vi rapporterar in fallavvikelserna i DF Respons skriver vi in att detta med stor sannolikhet kommer att hända igen trots att allvarlighetsgraden i fallrapporten är mindre. Samtliga fall under perioden januari 2017 till december 2017 har skett i samband med egen förflyttning.

Avvikelseypen info/kommunikation/samverkan är åtta till antalet och handlar om brister i kommunikationen mellan akutsjukvården och Åsengården. Det finns fyra avvikelser av typen handläggning/dokumentation och dessa har att göra med bristande dokumentation när Vårdliljan har gjort vårdinsatser på Åsengården.

13.1.1 Lex Maria

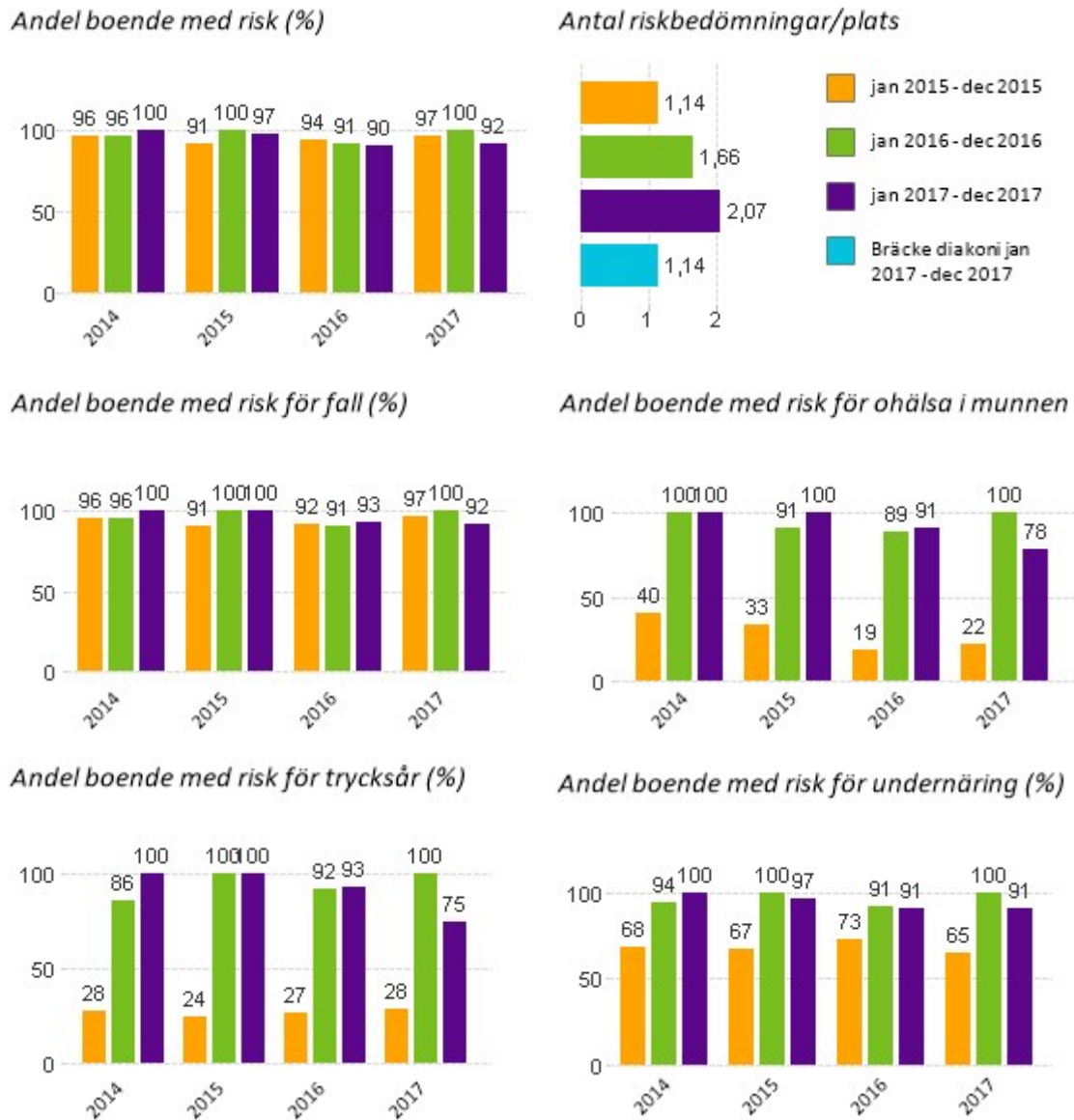
Åsengården har inte haft några Lex Maria anmälningar under året. Två fallolyckor där den enskilde fick frakturer utreddes enligt Lex Maria. Men utredningen visade att fallförebyggande åtgärderna, uppföljningarna, utvärderingarna samt dokumentation var väl genomförda, att händelsen inte bedömdes som någon vårdskada.

13.1.2 Lex Sarah

Åsengården har ej haft några lex Sarah utredningar under 2017.

13.2 Kvalitetsregister

13.2.1 Senior alert



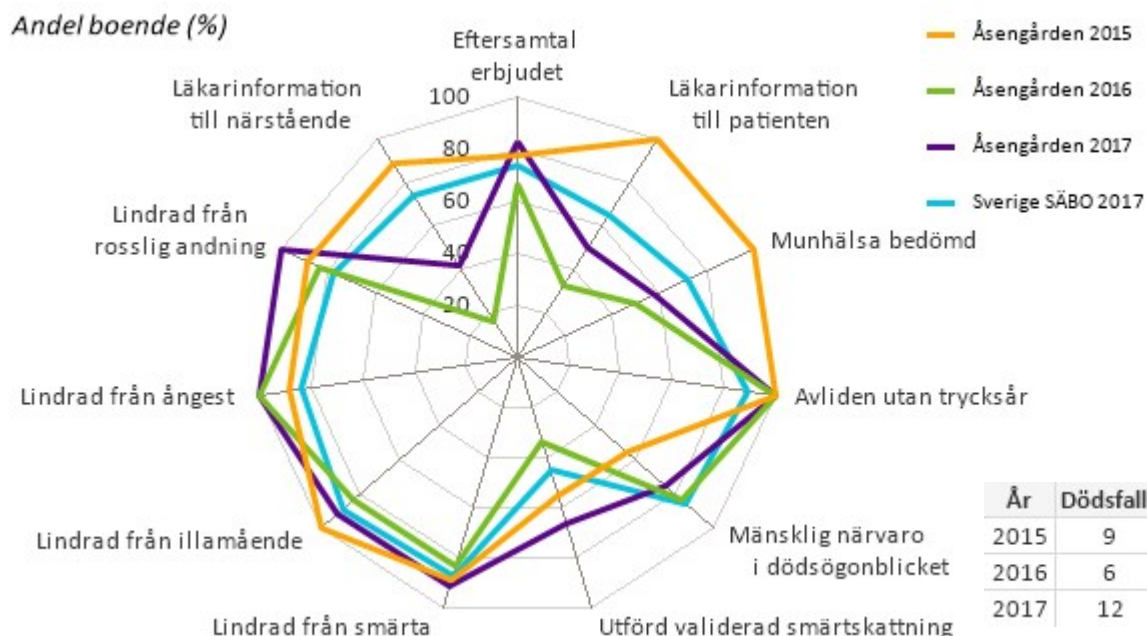
Figur 2. Resultat från det förebyggande arbetet för att förhindra fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för 2017 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter, förändringen mot föregående år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Datakälla: Kvalitetsregistret Senior alert.

Andel boende på Åsengården med någon typ av risk är 92 %. Flertalet boende på Åsengården har fallrisk, vilket orsakar den höga siffran 92%. Många boende har någon typ av läkemedel som ökar risk för fall enligt downton. Det rör sig ofta om läkemedel för hjärtat eller antidepressiva läkemedel. Något färre personer har risk för ohälsa i munnen (78%) och trycksår (75%) däremot är det fler personer som har risk för undernäring (91%) Trots denna siffra, äter flertalet av de boende bra och några är till och med överviktiga. Många av de boende är multisjuka och det kan vara en förklaring till att de trots god aptit och övervikt har risk för undernäring.

På Åsengården görs riskbedömningar i snitt två gånger per år per boende. Beroende på hälsförändringar kan någon boende - ha fått fler än två riskbedömningar under året.

Personalen på Åsengården har ett välfungerande riskförebyggande arbete där både risker bedöms, åtgärdsplan (100%) sätts in och åtgärderna utförs (92%) vilket både resultaten i Senior alert och journalföringen visar tydligt.

13.2.2 Svenska palliativregistret



Figur 3. 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.

Åsengården har förbättrat samtliga resultat i årets mätning i Palliativa registret jämfört med 2016 års mätning, utom mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Orsaken till att det har saknats mänsklig närvaro under dödsögonblicket har varit att fler dött nattetid eller att anhöriga som har vakat just har gått ut från rummet vid själva dödsögonblicket för att t.ex. hämta kaffe. Åsengården sätter in vak när vi vet att någon ligger för döden eller om en boende i livets slutskede är orolig. Oftast vill anhöriga till den döende personen inte ha någon personal sittande i rummet, men det har hänt att personal har vakat tillsammans med anhöriga. Ingen ska behöva dö ensam.

Anledningen att resultatet för "Munhälsa bedömd" enligt registret ser mindre bra ut är att det under 2017 har varit väldigt kort palliativ tid på endast 2-3 dagar. Alla döende har fått munvård, men sjuksköterskorna har inte alltid hunnit göra ROAG, eftersom tiden har varit kort. Sjuksköterskorna har istället för fullständig ROAG utfört en förenklad munhälsobedömning.

"Utförd validerad smärtskattning" har förbättrats från föregående år och utförs av Åsengårdens egna sjuksköterskor. Men detta arbetssätt behöver spridas även till verksamhetens undersköterskor och Vårdliljans sjuksköterskor. Sjuksköterskorna på Åsengården använder sig vanligtvis av smärtskattningsskalan Abby painscale. Det händer i sällsynta fall när en boendes palliativa tid blir 2-3 dagar kort att smärtskattningen inte blir fullständigt utförd enligt Abby painscale. Smärtskattning görs dock för varje döende boende. Ingen boende ska behöva ha ont.

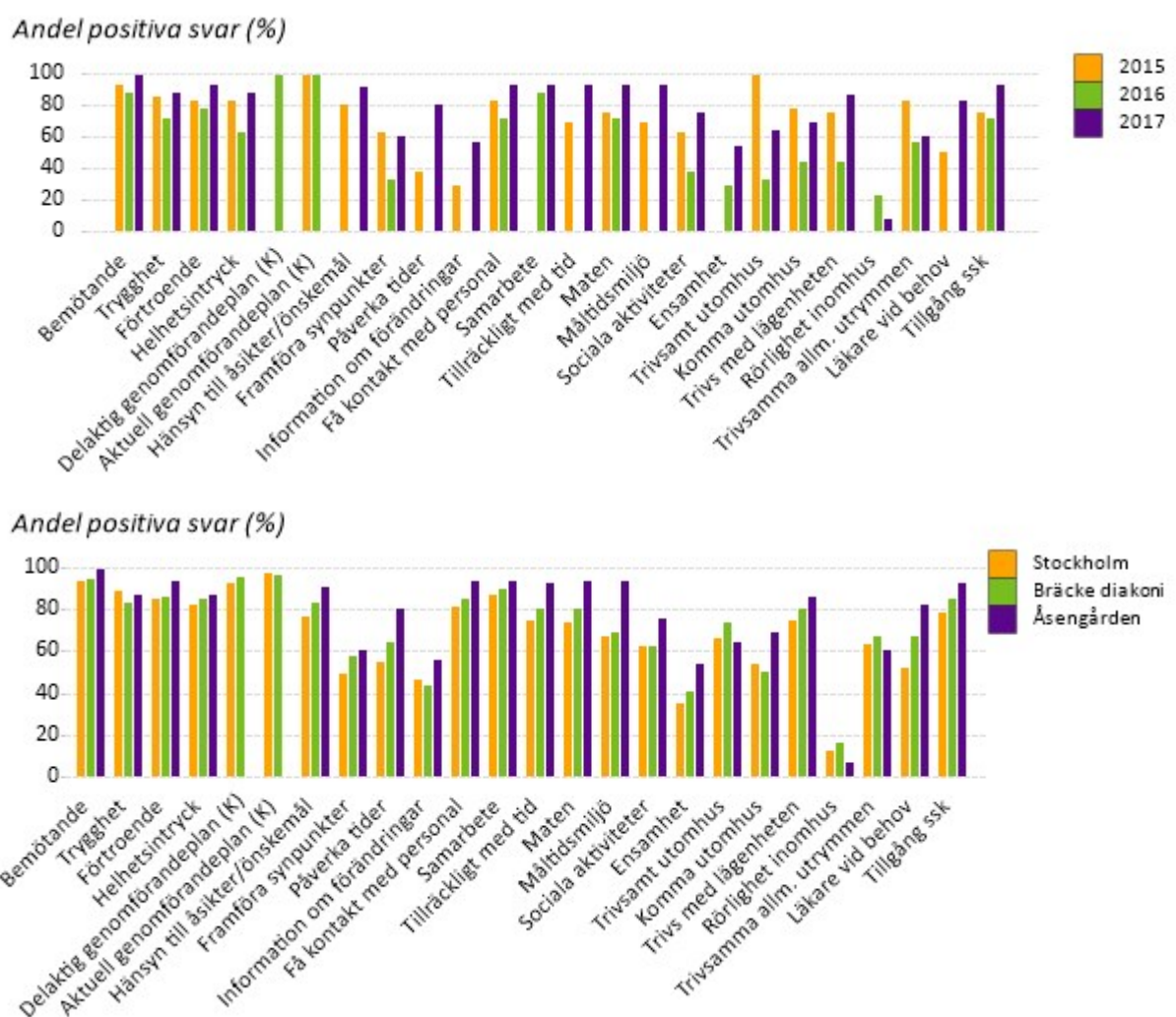
Anhöriga ges möjlighet att ha samtal med läkaren innan den enskilde är i livets slutskede och de anhöriga brukar tacka ja till detta samtal. Oftast är närstående nöjda med detta samtal säger och att det inte är i behov av ytterligare ett samtal. Inte sällan har ansvarig sjuksköterska upprepande samtal med närstående när den enskilde befinner sig i livets slutskede. Vilket också kan bidra till att behovet av läkarsamtal minskar.

13.2.3 BPSD-registret

Åsengården skattar alla boende enligt BPSD två gånger om året. Skattningarna görs under mars och september. Alla boende på Åsengården har någon form av BPSD-symtom. Vi utarbetar aktivitetsåtgärder för alla boende som vi dokumenterar och arbetar efter samt utvärderar

regelbundet. Alla medarbetare på Åsengården är utbildade BPSD-administratörer inklusive en av fyra nattpersonal.

13.3 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 4. 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).

I år hade Åsengården mellan 60-80% svarande på den nationella brukarenkäten jämfört med 2016 då svarsfrekvensen låg mellan 20-40%. Ett av de fem bästa resultaten var att 100% av de svarande får ett bra bemötande från personalen, vilket är mycket glädjande. 93% tycker att maten smakar bra, upplever måltiderna som en trevlig stund, känner förtroende för personalen samt har lätt att få kontakt med personalen på Åsengården.

Under 2017 är ensamhet ett av våra fem minst positiva svar. 54% av de svarande tycker att de besväras av ensamhet på Åsengården. Vi har många aktiviteter och mycket social samvaro, men trots detta upplever många ensamhet. Så länge det finns personal närvarande som håller i aktiviteterna så är många boende med i samtalet och aktiviteten. När medarbetaren måste lämna de boende en stund så går aktivitetsnivån ner hos de boende. De boende som flyttar in på Åsengården har under de senaste åren blivit sämre och sjukare redan när de flyttar in på boendet. De är svårare sjuka i sin demens och flera är multisjuka vid inflyttningstillfället. Detta gör att de boende inte på samma sätt hittar nya vänner att umgås bland-de andra boende.

Andra mindre positiva svar är personalen brukar informera om tillfälliga förändringar, "vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål" och "tycker det är trivsamt utomhus runt boendet". Årets resultat är dock bättre än för 2016, då samma frågor var minst positiva gällande Åsengården.

En ny fråga med minst positiva svar är "tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen". Årets resultat är dock bättre än för 2016. Under det senaste året har flera anhöriga påpekat att det är väldigt slitet på Åsengården och att det skulle behövas en uppfräschning av matsalen, köket och

vardagsrummet. Vi som arbetar i verksamheten har också pratat om detta och tycker att Åsengården skulle behöva ett rejält underhåll med nya tapeter i matsalen, nytt golv i köken osv.

Åsengården gör ingen åtgärdsplan på årets nationella brukarenkät med anledning av att Bräcke diakoni Stockholm AB i mitten av januari 2018 lämnar över driften av Åsengården till Humana.

13.4 Egenkontrollprogram

- Infektionsregistreringar har genomförts. Registreringar i BPSD-registret har genomförts på alla boende minst två gånger under året.
- Följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt och dialoger har förts i arbetsgrupperna om risker för smitta.
- Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med boendeansvarig läkare, för att kunna minimera bruket av läkemedel.
- Samtlig personal har genomgått web-utbildning i begränsningsåtgärder. Inga begränsningsåtgärder används mot boendes vilja.
- Samtliga boende har aktuella genomförandeplaner, som uppdateras minst varje kvartal. Genomförandeplanerna är personcentrerade och vi har börjat skriva dem med utgångspunkt i den nationella värdegrunden.

14 Mål och strategier för det kommande året

Bräcke diakoni Stockholm AB (tidigare Vingslaget Omsorg AB) har drivit Åsengården sedan 2008. Vårt avtal med Stockholms stad, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning går ut 2018-01-15, efter förlängning under perioden 2017-10-01 tom 2018-01-15. Ordinarie avtalstid tog slut 2017-09-30, men eftersom Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) inte hann utfärda tillstånd till Humana blev vårt avtal förlängt. Humana tar över driften av Åsengården 2018-01-16, kl 07.00. Nästan alla medarbetare på stannar kvar på Åsengården. Verksamhetschefen, samordnaren och ytterligare två medarbetare följer med Bräcke diakoni.

Här nedan följer några förslag på mål och strategier för Åsengården under 2018

- Fortsätta förbättringsarbeten med kost och måltidssituationen
- Fortsätta utveckla personcentrerat anhörigstöd
- Fortsätta införandet av validerad smärtskattning tillsammans med Vårdliljan
- Fortsätta arbetet med att personcentrera dokumentationen i genomförandeplanerna med utgångspunkt i den nationella värdegrunden