



Verksamhetsberättelse 2017

AL-gruppen och Dalagatan

Frösunda har sedan 1994 drivit AL-gruppen (aktivt liv) och Dalagatan i egen regi. Nedan följer en sammanställning av året med våra fokusområden. Redovisningen är uppdelad på tre fokusområden;

- Målområde kund
- Målområde närstående/god man
- Målområde medarbetare

Kort om AL-gruppen och Dalagatan

AL-gruppen och Dalagatan vänder sig till LSS personkrets 2, förvärvad hjärnskada i vuxen ålder. I enlighet med IVO:s tillstånd har AL-gruppen 13 platser och Dalagatan 17 platser. Enheterna ligger under samma verksamhetschef Åsa H Caesar, verksamhetschef delar sin tid lika mellan enheterna.

Enheterna erbjuder ett likartat innehåll, det som skiljer enheterna åt är främst kundens behov av stöd i aktiviteter. Vi erbjuder individuella aktiviteter och gruppaktiviteter utifrån kunds genomförandeplan/önskemål och överenskommet schema. På arbetsplatserna finns olika aktiviteter som syftar till att ta tillvara på och utveckla både fysiska och kognitiva funktioner. AL-gruppen erbjuder fler aktiviteter kopplat till musik/drama medan Dalagatan i större utsträckning erbjuder utflyttade träningsaktiviteter så som gym, bowling och bad. Verksamheterna har också en viktig social funktion genom att ge struktur i vardagen och möjliggöra grupptillhörighet.

Exempel på aktiviteter

- Individuellt och i grupp arbetsterapi: aktiviteter eller funktionsspecifik träning som syftar till att träna och stimulera aktivitetsutförandet och kognitiva funktioner såsom minne, uppmärksamhet, koncentration, exekutiva funktioner, orientering till tid/ rum/ person, kommunikation. Även handträning utförs.
- Individuellt och i grupp sjukgymnastik: aktiviteter som syftar till att träna spatial förmåga, styrka, rörlighet, koordination, kondition, balans, kroppskänedom, avslappning samt förmåga till förflyttning.
- Sociala aktiviteter: musikgrupp, spelgrupp, utflykter, gemensam lunch/fika.
- Sinnesstimulering: taktil stimulering, massage, vattensäng, bolltacke och musik.
- Friskvård: bassängbad, gruppgympa, yoga, mindfulness, bowling, gym/träning.
- Ronnie Gardiner Method (RGRM) stimulerar rörelseförmåga, läs- och talförmåga, rytmkänsla, kroppsuppfattning, balans och självkänedom, minne, koordination, motorik, liksidighet, koncentration, uthållighet och sociala färdigheter.

- Ateljé/produktion: skapande aktiviteter med olika material och tekniker. Kundens intresseområde styr i stort vad som tillverkas. Inom målning används olika tekniker, kund arbetar även med sömnad, vävning, träarbete och annat material. På Dalagatan finns en butik, vilket har som syfte att sälja de produkter som skapas i verksamheten.
- Data och kompetensutveckling.
- Köksaktiviteter med syfte och mål att få träna, läsa och uppleva doft och smak.
- Praktik på den öppna arbetsmarknaden.

Lunch/matuppehåll

AL-gruppen: En anpassad lunchrätt tillagas dagligen på enheten, ett mellanmål serveras under förmiddagen. Möjlighet att ta med egen mat och förvara och värma denna finns på enheten.

Dalagatan: Lunch inköps och hämtas dagligen på närliggande restaurang, kund väljer mellan kött och fisk. Möjlighet att ta med egen mat för förvaring och värming finns på enheten.

Kund faktureras enligt avtal en gång per månad utifrån antal beställda luncher.

Deltagare/kund

Under året har ett antal förfrågningar gjorts, studiebesök har mottagits och nya kunder har börjat på enheterna. Under 2016 slutade endast en kund med orsak avliden. Under 2017 har sju kunder slutat. Omsättningen under 2017 har varit ovanligt hög.

AL-gruppen har sedan hösten 2017 väntelista medan Dalagatan har möjlighet att ta emot nya kunder.

Enheterna ingår i LOV-avtal med Stockholms kommun samt har LOV och Ram-avtal med ett antal kranskommuner. Under 2017 har enheterna tre individavtal för kunder från Nacka och Värmdö kommun.

AL-gruppen: tre kunder har avslutat. En kund avlider, en kund flyttar från staden, samt att en kund avslutades av åldersskäl, kunden var fyllda 76 år.

Dalagatan: fyra kunder har avslutat. En kund avlider, två kunder slutade p.g.a. sjukdom och en kund slutade då denne upplevde att resan till daglig verksamhet var för lång och därmed tog för mycket energi.

Generellt kan sägas att målgruppen är stabil efter att man gjort sitt val av DV. Under 2017 har två kunder uppnått pensionsålder 67 år. Båda är beviljade DV ytterligare en tid. Vad som skall erbjudas när kunden fyller 67 år ser fortsatt väldigt olika ut både mellan kommuner och inom Stockholm stads stadsdelar. Merparten av enheternas kunder har deltidsplats varvid antalet kunder är fler än antalet platser enligt tillståndet. Beviljad daglig verksamhet ligger mellan två till fem dagar per vecka med två till åtta timmars närvarotid/dag. Merparten av kunderna går 3-5 dagar med 3-6 timmars närvaro per dag.

Kunds genomförandeplan uppdateras minst två gånger per år. En fördröjning i uppdatering härrör vanligtvis till att en ny beställning av beslut om daglig verksamhet skall inkomma.

Frösundas kundlöfte

Det är den som behöver omsorgen som ska trivas och vara nöjd. Och människor trivs bäst om de får bestämma själva över sitt eget liv och sin vardag. Att kunden ska få bestämma är något som är självklart i så gott som alla andra branscher. Men av någon anledning är det kontroversiellt i vår. Vi är ju upplärda med att det är vi som vet vad som är bäst för våra kunder, inte de själva. Men är det någon som är expert på sitt eget liv, så är det väl kunden själv?

Därför kallar vi våra kunder för just – kunder. För att göra det extra tydligt att hos oss ska man ställa krav, värdera vad man får och säga ifrån om man inte är nöjd. Och därför driver vi vår verksamhet enligt en tydlig idé: På Frösunda får kunden bestämma själv.

Frösundas vision

Frösunda är drivande i utvecklingen mot nya spelregler i omsorgen, så att alla människor får ett bättre liv och en självklar plats i samhället.

Frösundas mission

Vi får förtroende för att vi tar ansvar.

Frösundas värderingar

- Respekt - Genom ett värdigt och individuellt bemötande skapar vi trygghet och glädje.
- Engagemang - Vi bryr oss om människor och känner stolthet över vad vi åstadkommer.
- Nyfikenhet - Vi söker aktivt nya kunskaper som gör skillnad för våra kunder.

Målområde kund

Information AL-gruppen

AL-gruppen har 18 kunder. Året startade med 17 kunder och avslutades med 18 kunder. Tre kunder slutade under året.

Under 2017 har en vernissage hållits på enheten utifrån gemensamt temaarbete: Samtliga kunder var delaktiga i någon del av arbetet, kunderna framställde dikter, ett teaterstycke, sångtexter, masker och rekvisita till teaterstycket arbetades fram. Flertal utflykter har gjorts utifrån kunders önskemål. Besök på Vårsalongen, IKEA, Moderna museet samt andra museum, vandring i staden och Skansen vid ett par tillfällen. Enheten hade kvällsutflykt med kräftfiske i Magelungen detta efterföljdes med en kräftfest på enheten. Bowling och lunch på stan.

Gemensam för alla kunder har varit påsk- midsommar och jullunch.

AL-Gruppen Tillstånd 13	jan-17	feb-17	mar-17	apr-16	maj-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17
Antal kunder	17	17	17	17	17	16	16	17	18	19	18	18
Uppdaterade genomförand eplaner senaste 6 mån	16	13	15	15	12	14	15	15	16	18	18	18

Information Dalagatan

Dalagatan har 23 kunder varav 1 aktuell kund från Ekerö. Året startade med 22 kunder och avslutades med 23 kunder. Fyra kunder avslutas under 2017.

Under året och främst under sommaren görs på kunds begäran utflykter, under 2017 har enheten varit till olika grönområden, scenkonstmuseet, ett stort antal kunder har varit på teater stora skuggan. Besöker vårsalongen, bergianska, historiska, etnografiska, Hallwylska, moderna och östasiatiska muséet, Rosendals trädgård och Skansen.

En av enhetens kunder har konstutställning på Alvikstorpet, ett antal av enhetens kunder besöker vernissagen.

Gemensamt för alla kunder har varit midsommar och jullunch.

Vårterminen avslutades med Vernissage i början av juni och året avslutades med Julmarknad i början av december. Merparten av besökarna på vernissage och julmarknad är kunders närstående, tidigare arbetskamrater och vänner.

Dalagatan har i sin entré en butik, de produkter som tas fram på enheten säljs i butiken. Produktval utgår från kunds intresse, enheten arbetar med recycling i den mån det är möjligt.

Dalagatan Tillstånd 17	jan-17	feb-17	mar-17	apr-16	maj-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17
Antal kunder	22	23	23	23	23	24	24	24	25	23	22	23
Uppdaterade genomförand eplaner senaste 6 mån	22	23	22	18	20	21	21	20	21	22	21	21

Redogörelse av resultaten från genomförda brukarundersökningar/kunddialoger

Under 2017 har två stycken kundundersökning gjorts utöver den Brukarundersökning som gjorts av Stockholm stad.

Brukarundersökning gjord av Stockholm stad 2017 var klar under oktober månad. Resultatet är svårt att tolka då det är få kunder som har svarat och enhetens icke-stockholmare inte är med i undersökningen.

På Dalagatan inkom åtta svar d.v.s. 62% av enhetens kunder från Stockholm. Hälften av enkäterna är ifyllda av annan person, generellt låg svaren något lägre än förra året i visa frågor över snittet och i någon under.

På AL-gruppen var det sex kunder vilket ger en procentsats av svarande kunder på 55%. Endast en kund har själv svarat på enkäten, överlag är man mycket nöjd och nöjdare än vad man tidigare varit, ligger generellt långt över stadens siffror i merparten av frågorna.

Kundundersökning gjord av Stockholm stad "Brukarundersökning inom funktionsnedsättning 2017 Stockholm Stad", finns att läsa på <http://www.stockholm.se/-/Jamfor/?enhetstyp>

Frösunda har under hösten gjort två kundundersökningar.

Nationell brukarundersökning i området "Vuxna med daglig verksamhet enligt LSS" samt en

mätning av livskvalitet som gjorts med verktyget Cantril stege där kunden skattar sin livskvalitet idag och i framtiden.

På den nationella brukarundersökning var svarsfrekvensen hög, 83 % av enhetens kunder på Dalagatan vilket var det högsta och på AL-gruppen svarade 65 % av kunderna, vilket var näst högsta svarsfrekvensen inom Frösundas dagliga verksamheter.

Skriftlig återkoppling finns ännu inte att tillgå. Vid en muntlig kort rapports sas att enheternas kunder är mycket nöjda med såväl aktiviteter/stöd som medarbetare. Under kvartal fyra har en NPS-undersökning (Net Promotor Score) och NKI (Nöjd Kund Index) gjorts av Frösunda. Frågor har ställts till beställare och närstående kring kundlojalitet och kundnöjdhet. Även här väntar jag på skriftlig återkoppling.

Målområde närstående/god man

Samarbete med närstående/god man ser väldigt olika ut på de två enheteran. Kunds behov av stöd styr mycket vem/vilka parter som denne har med sig i möten på enheten. Ett stort antal kunder på Dalagatan för sin egen talan. På AL-gruppen har merparten av kunderna en närstående/god man som är med. Enligt överenskommelse inbjuds denne/dessa till möten på enheten eller samarbetsmöten/SIP-möten förlagda hos oss eller hos annan part. Spontanbesök på av närstående/god man förekommer på båda enheteran.

Julmarknad och Vernissage är två tillfällen per år då Dalagatan har öppet hus för allmänheten.

Målområde samarbetspartners

Redogörelse av viktiga händelser under året

Enheterna ligger under en och samma verksamhetschef, innehållet som erbjuds är relativt lika men målgruppens funktionsförutsättningar skiljer sig relativt mycket. Under året har antalet förfrågningar och kunder ökat, kunder som börjar i verksamheten blir vanligtvis kvar. Under 2017 har ovanligt många kunder avslutats, totalt sju kunder.

Förfrågningar har främst ökat från Stockholm stad och från kunder som är nyskadade och har pågående rehabiliteringsinsatser inom landstinget. Kunder erbjudas att titta på båda enheterna.

Kontinuerligt samarbete med PR-vård för delegering av behovsmedicin till berörda medarbetare på enheten samt samsyn kring sjukvårdande insatser runt kund.

Båda enheteran men främst AL-gruppen har haft ett utökat och pågående samarbete med Hjämskadecenter, Habilitering & Hälso. Syftet med samarbetet är samsyn kring kunds insatser.

Redogörelse av hur verksamheten arbetat med brukarmedverkan under året

På båda enheterna har vi utvärderingssamtal med alla kunder enskilt samt vid önskemål med ev. kontaktperson/närstående ca var tredje - sjätte månad för att fånga upp önskemål, tankar och dela viktig information. Nya kunder har vanligtvis sitt första samtal inom 10 veckor.

Samverkan identifieras vid upprättande av och revidering av genomförandeplanen, där kunden, handläggare, godmän och i särskilda fall assistenter eller boendepersonal bjuds in. Kunden och god man tillfrågas om vad individen önskar att vi samverkar kring, med vem och dess omfattning. Utformningen av samverkan anges i genomförandeplanen och förs till den sociala journalen. Ett frågeformulär är framtaget där kunden gör en bedömning kring sin upplevelse av de aktiviteter som denne har på enheten samt hur kunden upplever samvaro/utbyte med övriga kunder och personal. Kunden svarar i skalform från Mycket dåligt till Mycket bra. Möjlighet att skriva in synpunkter finns.

På AL-gruppen har ett antal av kunderna svagt eller begränsat verbalt språk och mycket begränsade uttrycksformer. Här arbetar medarbetarna nära såväl nätverk som ev. assistenter för att fånga upp och säkerställa att kunden är nöjd.

På Dalagatan hålls varje morgon ett kort morgonmöte där information ges och diskussioner förs kring aktuella händelser. Klagomål/synpunkter av kund uppmanas att lämnas skriftligt alt muntligt till kontaktperson, verksamhetschef eller kundombudsmanen. På enheten tar kunder upp klagomål, dessa löses oftast direkt, om frågan ej går att lösa görs ett skriftligt klagomål av den som tog emot klagomålet. Klagomål, synpunkter från nätverk behandlas på samma vis.

Samarbete mellan enheterna. AL-gruppens kunder har möjlighet att medverka på Dalagatans årliga vernissage samt att besöka julmarknaden på Dalagatan. Under sommaren 2016 var ett antal av AL-gruppens kunder på Dalagatan under ett par veckor, då detta uppskattades mycket var målet att även 2017 göra så. Sommarflytt 2017 gjordes inte då de kunder som var på plats ej ville byta enhet. AL-gruppen var därför öppen som vanligt.

Möjlighet för kund att byta enhet finns, generellt skulle man kunna beskriva att kunder som har en progressiv diagnos är de som vanligtvis skulle kunna vara aktuella för ett byte av enhet utifrån enhetens lokala utformning och möjlighet att erbjuda anpassade aktiviteter.

Målområde medarbetare

Medarbetargruppen

AL-gruppen

Medarbetargruppen består av sex anställda, varav en är studieledig sedan augusti 17. Nyrekrytering gjordes i samband med denna studieledighet.

Medarbetargruppen bestod under 2017 av en fysioterapeut, en arbetsterapeut, en hälsopedagog och tre aktivitetscoacher. Enhetens aktivitetscoacher är utbildade inom bild och musik.

Dalagatan

Medarbetargruppen har under året bestått av fem till sex anställda. Rekrytering av ytterligare en fysioterapeut gjordes i början av året, vid översyn av behov togs beslut att avsluta denna tjänst.

Medarbetargruppen bestod under 2017 av två sjukgymnaster/fysioterapeuter, två arbetsterapeuter och två hantverkspedagoger.

Enheterna har totalt tre timvikarer.

Kompetensutveckling

De två enheternas medarbetare har under året mötts på gemensam planeringsdag, utbildningstillfällen och vid utbyte av kompetensskapande aktiviteter i de gemensamma professionerna.

En utbildningsinsats var gemensam föreläsning med Beata Terzis som är med. dr, leg. Psykolog och sakkunnig hos Frösunda inom demens och kognition. Utöver föreläsning hölls även fördjupningsdiskussioner inom kognition och bemötande.

Ett antal medarbetare utbildar sig specifikt inom Alzheimers.

Medarbetarna utbildas kontinuerligt internt via Frösundaakademin, handledning tas in vid behov. Under året har samarbetet med hjärnskadecenter utökats. Enheternas fysioterapeut/sjukgymnaster och arbetsterapeuter träffar kontinuerligt kollegor från Hjärnskadecenter. Under 2017 har medarbetare och chef gått ytterligare utbildningar anordnade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).

Under året har samtliga medarbetare och chef utbildats i Frösundaidén – På Frösunda får kunden själv bestämma. Utbildningen består av fem moduler. Medarbetarna har arbetat självständigt, i grupp och på gemensam planeringsdag för båda enheterna.

- Modul 1: Frösundas synsätt – det är kunden som bestämmer.
- Modul 2. Förändring/utveckling – för vems skull?
- Modul 3. Hur kunna förstå och medvetet möta och bemöta?
- Modul 4: Alla beteenden är kommunikation
- Modul 5: Systematik i arbetet. Q-loopen: Frösundas lokala förbättringsarbete.

Certifiering: Samtliga medarbetare på Dalagatan certifierade sig 2017. Då denna enhet var först ut med att vara certifierad inom Frösunda uppmärksammades detta med diplom och blommor.

Resultat av målområde 2017

Under året har enheterna arbetat med att utveckla och förbättra arbetet inom riskfaktorer och dokumentation. Kartläggningmaterial har framtagits. Dessa områden finns kvar som förbättringsområden även under 2018.

Nya varor och därmed nya arbetsmoment har framtagits inom ateljé och konst verksamheten under året. B.la. tillverkning av häften och lampor där samtliga kunder inom konsten kunnat vara delaktig i något moment.

Dalagatan har en öppen del då enheten har en butik. Diskussioner kring hur hantering av öppen dörr, kassa och bemötande av de för oss okända individer som kommer in i vår lokal. Enheterna har inga direkta hotsituationer eller på annat vis där kund eller medarbetare känt sig utsatta, vilket kan ge en falsk trygghet.

Förbättringsåtgärder

Att samtliga dokumenterade egenkontroller och förbättringsförslag läggs in i ledningssystemet och inte förvaras lokalt. Säkerställa att varje enskild kund har fått sin månadssummering gjord och att denna är kopplad till kunds mål och genomförandeplan

Utvecklingsområden 2018

Ett ständigt och pågående arbete är att arbeta mot ökad kundnöjdhet och kundens fokus. Till vår hjälp kommer vi under 2018 utbilda värderingscoacher som skall vara enhetens chef och medarbetare behjälpliga i att säkerställa att vi alltid arbetar med kundens fokus. Kund har valt Frösunda AL-gruppen/Dalagatan daglig verksamhet utifrån de aktiviteter som erbjuds på och utanför verksamheterna. Kundens fokus är många gånger att få möjlighet att träna fysiskt såväl som psykiskt, hitta energibalans, att möjliggöra sätt att uttrycka sig i och genom olika konstformer, finnas i ett socialt sammanhang och vara delaktig i processen och att få möjlighet att producera allt från varor till butiken till texter som används i musik och diktformer.

AL-gruppen kommer under 2018 titta på möjligheten att få kunders texter framtagna i bokform av något slag.

Under 2018 finns också önskemål om att samtliga medarbetare utbildas i Heimlichmanövern och HLR. Inom Frösundaakademin finns utbildning kring sväljsvårigheter men en fördjupning av denna kunskap skulle vara att lära sig olika metoder för rullstolsburna kunder.

Övrigt

Redogörelse av resultat av egenkontroller och externa granskningar

Verksamhetschef har ansvar för att de egenkontroller som åligger hen genomförs och hanteras enligt gällande rutiner. Alla egenkontrolldokument skall av VC läggas in i av Frösunda framtaget ledningssystemet när de är gjorda. Delar av Livsmedelskontrollerna är delegerade till medarbetare. Båda verksamheterna hanterar livsmedel och följer nogsamt de föreskrifter som gäller.

Solna stad: Miljö och byggnadsförvaltningen utförde Livsmedelskontroll/AL-gruppen 161115. Resultatet från denna kontroll var godkänd, med påminnelse om att kranfilter skall kokas enligt rutin. Nytt besök förväntas bokas in under 2018.

Stockholm stad miljöförvaltning gjorde ett oanmält kontrollbesök oktober 2015 på Dalagatan. Resultatet från denna kontroll var inga anmärkningar. Ett nytt oanmält besök 2018 är troligt.

LOV- uppföljning från Stockholms stad utfördes på AL-gruppen februari 2016 och på Dalagatan mars 2017. Resultatet var följande:

- AL-gruppen. VC fick lämna tydliggörande gällande tre rutiner: hur göra när kundens behov förändras, hur göra när förändring i verksamheten görs, och skriftlig rutin för vikarieanskaffning.
- Dalagatan. Inga anmärkningar eller begäran om återkoppling på någon fråga skedde från denna uppföljning.

Månadsuppföljning

Varje månad sker en rapportering från Verksamhetschef till Regionchef och Business Controller därefter till Affärsområdeschef av uppnådda resultat i arbetet med kvalitetsmålen. På Verkställande direktörens (VD) månatliga genomgångar av affärsområdet finns två stående punkter; uppföljning av mål för ekonomi och kvalitet. Kvalitetschefen närvarar vid VD:s genomgång.

Organisatoriskt ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet

Frösundas ledningssystem för kvalitet tar sin utgångspunkt i SOSFS 2011:9. Frösundas ledningssystem är utformat på ett sätt som möjliggör en affärsområdes-, regional respektive lokal anpassning. Verksamhetschefen i varje verksamhet ansvarar vidare för att tillsammans med sina medarbetare identifiera behov av lokala driftsdokument (rutiner). Behoven skiljer sig åt i de olika verksamheterna utifrån verksamhetens inriktning, omfattning och upprättade avtal. Den centrala kvalitetsavdelningen granskar och godkänner samtliga rutiner innan publicering i det övergripande ledningssystemet.

Frösundas centrala kvalitetsavdelning leds av företagets kvalitetschef.

Lokalt kvalitetsarbete

Inom Frösunda ingår verksamheter i ett kvalitetsråd med uppgift att analysera alla typer av avvikelser (vård- och omsorgsavvikelser, synpunkter och klagomål, extern och intern tillsyn, avtalsuppföljningar) samt att utifrån analyserna driva på arbetet med ständiga förbättringar.

Gruppen med representanter från enheterna har som mål att sammanträda kontinuerligt. Genomgång av kvalitetsrådets åtgärder och förankring av förbättringsarbetet i respektive verksamhet är en återkommande punkt på de verksamhetsmöten som hålls på enheterna.

Redogörelse av vård- och omsorgsavvikelser samt inkomna klagomål och synpunkter under året, hur dessa följts upp, analys av dessa samt förbättrande åtgärder

Under 2017 skrevs 27 vård och omsorgsavvikelser på de två enheterna, fyra skriftliga klagomål samt två anmälda missförhållanden/ påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Enheterna får få klagomål och uppstår situationer löses oftast dessa direkt, exempel på detta är kund uttrycker sin irritation över annan kunds sätt att vara, prata röra sig på.

Kortfattad beskrivning av 2017 års vård- och omsorgsavvikelser och klagomål.

- **AL-gruppen: vård- och omsorgsavvikelser.** Under 2017 gjordes 12 st VOA:er. Dessa bestod av ett antal tillfällen då kund/kunder kommer obältade till DV, kund kommer utan ortos och nackkudde, dessa avvikelser hör egentligen inte till enheten men påverkar arbetet med kunden. Rutiner skrivs för att kontrollera att kund är bältad korrekt när denne kommer till DV för att undvika fall på DV. Fem avvikelser skrivs pga. fall samtliga kunder har fallit under träning. Fallen har inte lett till skada utan varit kontrollerade fall.
 - **AL-gruppen: Lex Sarah.** Ett rapporterat missförhållande som utreds under året. Kund som endast får smaka på släta smakprov ges smakprov med cocosflingor i. Kund aspirerar och hostar svårt. Rutinen ses över.
 - **AL-gruppen: kunders och närståendes synpunkter och klagomål.** Under 2017 görs bara två skriftligt klagomål och ett muntligt. (1) Närstående lämnar synpunkt kring Frösundas titel på Kundombudsman (Information om denne siter i lokalen). Lämnar förslag på att detta bör heta kundombud. (2) Kunds assistent klagar över att vi brister i anteckningarna i kundens kalender. Vi hade brustit i att fylla i känd frånvaro av medarbetare, vilket vi varit överens om att fylla i. Rutinen sågs över. (3) Vid en oplanerad utflykt lämnar assistent till kund muntligt klagomål då de önskat veta i förväg för att på så vis fått möjlighet att välja eldrivna rullstolen till kunden. Hjälp med rullstolskörande samt aktivitet inomhus erbjöds kunden.
-

- **Dalagatan: vård- och omsorgsavvikelser.** Under 2017 gjordes 15 st VOA:er. Dessa bestod i: Kund upplever att annan kund gick över hennes fysiska integritetsgräns genom att medvetet röra vid hennes bröst. Kund sätter mat i halsen. En kund får skavsår av aktivitet vid träningscykel. Enhetens tippbräda ej servad i tid. Nio fall som skett i lokal, samt vid aktivitet utanför lokal. Av de nio fallen är det en kund som fallit vid fem av tillfällena. Samtliga kunder som fallit vill och gör sina förflyttningar själv, någon av dem har gånghjälpmedel. En extra åtgärd har gjorts vilket innebär att man är ytterligare en medarbetare med vid extern aktivitet bowling för att där minska risken av fall.
- **Dalagatan: Lex Sarah.** Ett rapporterat missförhållande som utreds under året. Kund serveras sås med nötter i, kunden som är allergisk känner direkt av detta med kli i halsen. Kunden får ny annan mat. Rutin tas fram: Hur sprida informera kring matallergi. Information ges till restaurang där lunch beställs att nöttallergi föreligger en påminnelse på matbeställningslistan kring allergi tas fram.
- **Dalagatan: Kunders och närståendes synpunkter och klagomål.** Inga skriftliga klagomål inlämnas men nedan två muntliga har behandlades som att de var skriftliga. (1) En kund klagar över att det är rörigt i lokalen, mycket synliga prylar. Åtgärdsplan görs som sträcker sig över tid. (2) En kund klagar över en av enhetens medarbetare som hen upplever pratar högt och stressar upp kunder. Berörda parter är informerade.

Åtgärd under 2017: Samtliga kunder på enheterna får förnyad riskbedömning gjord. Förenklad riskkarta görs och finns tillgänglig för samtliga medarbetare d.v.s. även timvikare.

Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera vård- och omsorgsavvikelser. All personal ska även rapportera uppmärksammade risker för vård- och omsorgsavvikelser eller missförhållanden. Snarast vid upptäckten ska åtgärder vidtas som återställer trygg, god och säker omsorg och vård. Medarbetare rapporterar händelsen i Frösundas ärendehanteringssystem för vård- och omsorgsavvikelser. I avvikelserappen ska det framgå vem som är inblandad, typ av avvikelse och beskrivning av händelsen. Även bakomliggande orsaker som har uppmärksammats och åtgärder som vidtagits i samband med händelsen dokumenteras skall framgå. Avvikelserappen hanteras (utreds och avslutas) därefter i ärendehanteringssystemet av VC, sjuksköterska, RC, MAS, kvalitetscontroller (nämns här efter som utredare). Om det digitala ärendehanteringssystemet inte är tillgängligt kan blankett avsedd för avvikelserapportering användas. Avvikelserapporter lämnas på angiven plats till avvikelssamordnare/chef. Innehållet i rapporten ska vara samma som i ärendehanteringssystemet. VC ansvarar för att lägga in rapporten i ärendehanteringssystemet för att där dokumentera utredning och övrig handläggning.

I samband med att avvikelserappen inkommer för utredning ska händelsen bedömas och klassificeras med typ av händelse samt om avvikelserappen avser en risk, ett missförhållande och/eller vårdskada eller allvariga missförhållanden och/eller vårdskada. Bedömning om "risk att ske igen" skall kartläggas och dokumenteras. Utredaren bedömer även om händelsen har orsakats på grund av brister som verksamheten själv ansvarar för och om händelsen ska utredas tillsammans med andra vård- och omsorgsgivare. Konsekvensen för kunden ska alltid bedömas och dokumenteras tillsammans med allvarlighetsgrad och omfattning av risk för eller skada,

missförhållande, allvarlighetsgraden/konsekvensen delas in som fysiskt, psykiskt, socialt lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall.

Bedöms konsekvensen av händelsen som mindre skada/missförhållande (dvs. obehag eller obetydlig skada) ska en enkel händelseutredning ske i ärendehanteringssystemet och efter att lämpliga åtgärder är gjorda avslutas/stängas av verksamhetschefen.

Vid allvarliga risker, skada eller missförhållande ska rutiner för lex Sarah och/eller allvarlig vårdskada (Lex Maria) tillämpas. När en händelse bedöms som måttlig eller allvarlig ska alltid en fördjupad händelseanalys genomföras som kvalitetssäkras av kvalitetsavdelningen. Analys om bakomliggande orsaker utreds och händelse- och situationsbeskrivning samt åtgärder dokumenteras i ärendehanteringssystemet. Kund och beställare hålls informerade om när ett missförhållande rapporterats och i det fall en anmälan görs till IVO.

Kunden ska alltid vara delaktig i planeringen av åtgärder som berör dem.

Samverkan - Om avvikelse uppstått på eller även berör annan verksamhet ska vidarerapportering ske dit. Vidarerapporteringen ska innehålla en första klassificering och bedömning av konsekvens för kund samt vidtagna åtgärder. Mottagande verksamhet genomför sin utredning, en kopia på deras utredning och åtgärder som skickas åter till rapporterande enhet, som underlag i gemensamt förbättrings- och åtgärdsarbete.

Stockholm 180209

Åsa H Caesar

Verksamhetschef

Frösunda Omsorg AB

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Dalagatan 8001

Åsa H Caesar Verksamhetschef Dalagatan och AL-Gruppen
2018-02-12

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Avvikelser	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Klagomål och synpunkter	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Resultat.....	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Dalagatan vänder sig till LSS personkrets 2, förvärvad hjärnskada i vuxen ålder.

Under året har antalet förfrågningar och kunder ökat, förfrågningar har främst ökat från Stockholm stad och från nyskadade kunder med pågående rehabiliteringsinsatser från landstinget.

Medarbetare på enheten: leg arbetsterapeut, leg fysioterapeut, och hantverkspedagoger.

Dalagatan erbjuder individuella aktiviteter och gruppaktiviteter utifrån kunds genomförandeplan/önskemål och överenskommet schema. På arbetsplatserna finns olika aktiviteter som syftar till att ta tillvara på och utveckla både fysiska och kognitiva funktioner, verksamheten har en ateljé verksamhet och en butik där varor som tillverkas på enheten säljs. Verksamheterna har för kund en viktig social funktion genom att ge struktur i vardagen och möjliggöra grupptillhörighet.

- Individuellt och i grupp; arbetsterapi: aktiviteter eller funktionsspecifik träning som syftar till att träna och stimulera aktivitetsutförandet och kognitiva funktioner såsom minne, uppmärksamhet, koncentration, exekutiva funktioner, orientering till tid/ rum/ person, kommunikation. Även handträning utförs.
- Individuellt och i grupp; sjukgymnastik: aktiviteter som syftar till att träna spatial förmåga, styrka, rörlighet, koordination, kondition, balans, kroppskännedom, avslappning samt förmåga till förflyttning.
- Sociala aktiviteter: musikgrupp, spelgrupp, utflykter, gemensam lunch/fika.
- Sinnesstimulering: taktil stimulering, massage, vattensäng, bolltäck och musik.
- Friskvård: bassängbad, gruppgymna, yoga, bowling, gym/träning.
- Ronnie Gardiner Method (**RGRM**) stimulerar rörelseförmåga, läs- och talförmåga, rytmkänsla, kroppsuppfattning, balans och självkännedom, minne, koordination, motorik, liksidighet, koncentration, uthållighet och sociala färdigheter.
- Ateljé/produktion: skapande aktiviteter med olika material och tekniker.
- Data och kompetensutveckling.
- Köksaktiviteter med syfte och mål att få träna, läsa och uppleva doft och smak.

Under året har stor vikt lagts för att öka patientsäkerheten. Ökad samverkan med nätverk och kund är en del i arbetet. Kartläggningsmateriel och nya riskbedömningar har gjorts och följs upp månadsvis. Orsak till att nytt material togs fram var när en kund vid måltid fick en allergisk reaktion, kunds allergi var ej känd av alla. Merparten av enhetens kunder har balansproblematik och gånghjälpmedel av olika slag. Ett par kunder har med följande assistenter, för dessa kunder har ansvaret delegerats assistenterna för medicinering, sondmatning, hygien mm. Samarbete mellan dessa kunders assistenter och medarbetare på enheten är mycket viktiga för kunds välbefinnande. Daglig medicinering sköts av kund själv.

Lunch hämtas på i portionsformar på närliggande restaurang. Flera kunder får hjälp att skära och lägga upp maten. Några kunder har egen mat med som de värmer eller får hjälp att värma. Lunch intas tillsammans med medarbetare. Kund lämnas aldrig själv under måltid.

Fallrisk: Arbetar med att minska fallrisken för kunder samt att kund som faller kan göra detta på ett så säkert sätt som möjligt. Vid fall skrivs Vård och omsorgsavvikelser, händelsen journalförs och information ges till den part som skall informeras PR-vård, handläggare, närstående/hemtjänst.

Inga kända skador, infektioner har uppstått hos kund under 2017. En kund har ev. fått ett skavsår vid träning på cykel. Såret upptäcktes av kunds assistent någon dag senare, kund hade ökat sin aktivitet med cykling från en till tre aktuell vecka.

En kund har egen toalett p.g.a sin ESBL. Toalett hålls låst och rengörs för sig med egna trasor. Kund får hjälp av sin assistent vid behov av att gå på wc.

Synpunkter och klagomål hanteras oftast direkt när de är av sådan art att åtgärd kan göras. Ett vanligt klagomål är kund till kund som ej trivs med varandra. Konflikthantering och säkerställa att kundgrupper görs på ett så klokt vis som möjligt arbetas med dagligen.

Under 2017 påbörjades arbete med kvalitetsråd med syfte att analysera alla typer av avvikelser (vård- och omsorgsavvikelser, synpunkter och klagomål, extern och intern tillsyn, avtalsuppföljningar) samt att utifrån analyserna driva på arbetet med ständiga förbättringar. Representanter från Dalagatan och AL-Gruppen har som mål att sammanträda vid sex tillfällen per år. Genomgång av kvalitetsrådets åtgärder och förankring av förbättringsarbetet i respektive verksamhet är en återkommande punkt på de verksamhetsmöten som hålls på enheterna.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Verksamheten arbetar mot tre uttalade kvalitetsmål: Kundnöjdhet, Avtalstrohet och Regulatorisk följsamhet. Inom HSL-området är det övergripande målet att den hälso- och sjukvård som kund har behov av ska komma kund tillgodo.

Genom Ledningssystemet följs arbetet upp systematiskt och fortlöpande utöver detta sammanställs data från kvalitets undersökningar avtalsuppföljningar intern och extern kvalitetsuppföljning för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

På Frösundas Kvalitetsavdelning finns det tillgång till medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, leg dietist samt kostekonom för att stötta verksamheterna och alla dessa funktioner.

På Dalagatan finns utöver hantverkspedagoger anställd legitimerad fysioterapeut och legitimerad arbetsterapeut dessa arbetar tätt tillsammans med verksamhetschef och PR-Vård för att säkerställa patientsäkerheten. All berörd personal har delegering till de kunder där behov av stöd av medicinering föreligger.

Utöver arbetet med att följa rutiner kring avvikelser, lex. Sarah, riskanalyser görs egenkontroller, dessa följs upp och läggs in i Frösundas ledningssystem.

- Skyddsronde – kundnära verksamheter
- Skyddsronde – kontor
- Brandskydd
- Kvalitet, kund och verksamhet
- Basala hygienrutiner
- Miljö
- Livsmedel Kvalitet En gång/år enligt rutin
- Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvården
- Intern revision – EKP Kvalitet
- Kvalitetsråd

Samverkan med andra hälso- och sjukvårdsgivare.

De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds till Frösundas kunder anpassas alltid till den enskildes hälsa, välbefinnande och vårdbehov. Vi har i olika grad ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i våra verksamheter och ansvarsfördelning och rutiner för samverkan anpassas efter förutsättningarna i varje enskild verksamhet. Vi utformar samverkansöverenskommelser med de vårdgivare som vi enligt avtalet med beställaren ska samarbeta med. En sådan överenskommelse anger omfattning av samarbete, arbetsuppgifter och ansvarsfördelning, vilket skapar gemensamma arbetsrutiner och en klar bild av hur patientsäkerhetsarbetet säkerställs. Vid behov stödja kund vid läkarkontakt, samverka genom Sipp möten med exempelvis tandläkare, fotvård, specialistsjukvård och psykiatri.

Struktur för uppföljning/utvärdering finns tydligt beskrivet i framtagna policydokument i Frösundas Ledningssystem. Dessa beskrivs under rubrik -Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan med kunds närstående.

Frösunda betraktar kontakten och samverkan med anhörig, närstående eller företrädare som ovärderlig. Vid start på Daglig verksamhet ställs fråga till kund om denne önskar att någon närstående skall vara delaktig i planering och om vi får kontakta och i vilka frågor den närstående när behov uppstår.

Kundens stödperson på dagliga verksamheten ansvarar för den kontinuerliga kontakten med kund och dess närstående eller företrädare utefter vad som överenskommit mellan kund och daglig verksamhet. Överenskommelsen sker skriftligt.

Tolk bokas av utförare om behov finns.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kundmöten hålls varje vecka där enskild kunds genomförandeplan och riskbedömning belyses. Journalföring görs på varje kund verksamheten arbetar i tre system, Parsol, Combine och Safedok. Varje månad görs en månadssummering utifrån närvaro, aktiviteter, avvikelser med utgångspunkt på vad som finns i beställning/beslut och genomförandeplan.

Frekvens av uppdaterade Genomförandeplaner rapporteras skriftligt av VC till RC varje månad.

Antal vårdavvikelser, klagomål och synpunkter rapporteras skriftligt av VC till RC varje månad.

Riskbedömning görs på varje ny kund, följs upp vid månadsgenomgång. Akut händelse tas omgående. Om händelsen är av sådan art att en avvikelse eller en lex Sarah anmälan skall göras rapporteras detta omgående av medarbetare till VC som vidare rapporterar händelsen.

Egenkontroller görs enligt rutin 1-6 uppföljningar per år.

Extern kontroll kring uppföljning av avtal brukar vanligtvis bokas in av kommun genom platsbesök. Extern livsmedelskontroll sker vanligtvis obokade. Enheten har inte haft några anmärkningar eller åtgärden som har behövts efterkontrolleras.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

På enheten hålls veckomöten där medarbetet muntligt rapporterar kring kund och händelser. Ansvarig stödperson antecknar det som skall antecknas enligt rutin och i det dokumenteringssystem som gäller för aktuell kund.

- Kontinuerligt samarbete med PR-vård för delegering av behovsmedicin till samtliga medarbetare och verksamhetschef på enheten samt samsyn kring sjukvårdande insatser runt kund.
- Utökat samarbete med Hjärnskadecenter, Habilitering & Hälsa genom regelbundna träffar rörande våra roller, arbetsmetoder samt ett ökat samarbetet kring/med specifika kunder för att på så vis bättre kunna uppnå kunds mål i aktivitet.
- SIP-möten har hålls kring några kunder för att tydliggöra vem som gör vad och vem som skall göra vad. Mål är att kunna stötta kund när denne känner sig osäker kring våra olika roller samt att kunna följa upp de aktiviteter som överenskommit.
- Nytt kartläggningsmaterial har framtagits under 2017 för att säkerställa att alla kunder får frågor som kan vara av vikt för dem och ur risksynpunkt.

- Under en planeringsdag som hölls tillsammans med Dalagatan fick samtlig medarbetare träna på att hantera golvlift och tippbräda, dvs förflyttning av någon från stol, golv, bänk.
- Under året gjordes en riskgenomgång för samtliga kunder, en mycket förenklad riskkarta togs fram. Kartan syftar till att snabbt få en överblick och finns tillgänglig för timvikare mm. Kartbilden visar vilka kunder som har allergi, fallrisk, sväljproblematik, blodsmitta, behovsmedicin mm.

Tillförd kunskap

Båda enheterna har varit på gemensam föreläsning med Beata Terzis som är Med. dr, leg. Psykolog och sakkunnig hos Frösunda inom demens och kognition. Utöver föreläsning hölls även fördjupningsdiskussioner inom kognition och bemötande. Ett antal medarbetare utbildar sig specifikt inom Alzheimers.

Personalen utbildas kontinuerligt internt via Frösundaakademin, handledning tas in vid behov. Under året har samtliga medarbetare och chef utbildats i Frösundaaidén – På Frösunda får kunden själv bestämma. Utbildningen består av fem moduler. Medarbetarna har arbetat självständigt, i grupp och på gemensam planeringsdag för båda enheterna.

Under 2017 har medarbetare och chef gått ytterliggare utbildningar anordnade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroller

Verksamhetschef har ansvar för att de egenkontroller som åligger hen genomförs och hanteras enligt gällande rutiner. Alla egenkontrolldokument läggs in i av Frösunda framtaget ledningssystemet när de är gjorda. Delar av Livsmedelskontrollerna är delegerade till medarbetare, verksamhetschef kontrollerar enligt rutin minst en gång per år och lägger in dessa dokument i ledningssystemet. Verksamheten hanterar livsmedel och följer nogsamt de föreskrifter som gäller.

Egenkontroll Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård är gjord hösten 17, egenkontrollen gjordes gemensam med AL-Gruppen. Mycket av frågorna gick ej att besvara då de ej är aktuella på daglig varsamhet.

En egenkontroll är inte gjord: Egenkontroll av basala hygienrutiner i särskilda boende enligt SoL och LSS samt daglig verksamhet. Mallen har känts svår att använda utifrån det arbete som bedrivs på enheten. Enhetens kunder sköter sin hygien och wc besök själva. En kund kan begära hjälp med att få upp sina byxor, engångsförkläde används, händer tvättas/spritas före det att handskar sätts på och händer tvättas/spritas efter insatsen med kunden är klar.

Medarbetaren som delar ut lunchlådor samt hjälper kund med värming av egen lunchlåda följer föreskrifter vad som gäller handhygien med tvätt av händer och spritning. Köket spritas av efter det att måltiden är klar.

Uppföljning, granskning och rapportering kring genomförandeplan görs månadsvis.

Verksamhetschef följer upp att behovsmedicineringslistan signeras och att rutin följs, även PR-Vård kontrollerar att detta arbete görs korrekt. Inför behovsmedicinering ringer medarbetaren till

PR Vård samt till kunds boende för att säkerställa att kund inte redan fått en extra dos denna dag. Medicinen är inlåst.

Tillsynskontroller:

Stockholm stad miljöförvaltningen gjorde ett oanmält kontrollbesök oktober 2015 på Dalagatan. Inga anmärkningar. Ett nytt oanmält besök 2018 är troligt.

LOV-uppföljning från Stockholms stad utfördes på Dalagatan mars 2017. Resultat:

- Dalagatan. Inga anmärkningar eller begäran om återkoppling på någon fråga skedde från denna uppföljning.

Avvikelse

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Under 2017 skrevs totalt 15 vård- och omsorgsavvikelse samt en anmälan om missförhållanden/påtaglig risk för missförhållande enligt Lex Sarah.

Kortfattad beskrivning av 2017 års vård- och omsorgsavvikelse och lex Sarah.

- **Vård- och omsorgsavvikelse**
Under 2017 gjordes 15 st VOA:er av dessa bedöms 11 vara vårdavvikelse, nio av dem var fall.
Kund upplever att annan kund gick över hennes fysiska integritetsgräns genom att medvetet röra vid hennes bröst. Enhetens tippbräda ej servad i tid. Kund sätter mat i halsen. En kund får troligtvis ett skavsår av aktivitet cykling. Nio fall som skett i lokal, samt vid aktivitet utanför lokal. Av de nio fallen är det en kund som fallit vid fem av tillfällena. Samtliga kunder som fallit vill och gör sina förflyttningar själv, någon av dem har gånghjälpmedel. Vid utflyttad aktivitet bowling och bad följer en extra medarbetare med då vi vill säkra upp om någon kund faller.
- **Lex Sarah.** Ett rapporterat missförhållande som utreds under året.
Kund serveras sås med nötter i, kunden som är allergisk känner direkt av detta med kli i halsen. Kunden får ny annan mat. Rutin tas fram: Hur sprida informera kring matallergi: Information ges till restaurang där lunch beställs att nöttallergi föreligger en påminnelse på matbeställningslistan kring allergin tas fram.

Åtgärd under 2017

Samtliga kunder på enheterna får förnyad riskbedömning gjord. Förenklad riskkarta görs och finns tillgänglig för samtliga medarbetare d.v.s. även timvikare.

Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera vård- och omsorgsavvikelse. All personal ska även rapportera uppmärksammade risker för vård- och omsorgsavvikelse eller missförhållanden. Snarast vid upptäckten ska åtgärder vidtas som återställer trygg, god och säker omsorg och vård. Medarbetare rapporterar händelsen i Frösundas ärendehanteringssystem för vård- och omsorgsavvikelse. I avvikelse rapporten ska det framgå vem som är inblandad, typ av avvikelse

och beskrivning av händelsen. Även bakomliggande orsaker som har uppmärksammat och åtgärder som vidtagits i samband med händelsen dokumenteras skall framgå. Avvikelsesrapporten hanteras (utreds och avslutas) därefter i ärendehanteringssystemet av VC, sjuksköterska, RC, MAS, kvalitetscontroller (nämns här efter som utredare). Om det digitala ärendehanteringssystemet inte är tillgängligt kan blankett avsedd för avvikelsesrapportering användas. Avvikelsesrapporter lämnas på angiven plats till avvikelsesamordnare/chef. Innehållet i rapporten ska vara samma som i ärendehanteringssystemet. VC ansvarar för att lägga in rapporten i ärendehanteringssystemet för att där dokumentera utredning och övrig handläggning.

I samband med att avvikelsesrapporten inkommer för utredning ska händelsen bedömas och klassificeras med typ av händelse samt om avvikelsesrapporten avser en risk, ett missförhållande och/eller vårdskada eller allvarliga missförhållanden och/eller vårdskada. Bedömning om "risk att ske igen" skall kartläggas och dokumenteras. Utredaren bedömer även om händelsen har orsakats på grund av brister som verksamheten själv ansvarar för och om händelsen ska utredas tillsammans med andra vård- och omsorgsgivare. Konsekvensen för kunden ska alltid bedömas och dokumenteras tillsammans med allvarlighetsgrad och omfattning av risk för eller skada, missförhållande, allvarlighetsgraden/konsekvensen delas in som fysiskt, psykiskt, socialt lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall.

Bedöms konsekvensen av händelsen som mindre skada/missförhållande (dvs. obehag eller obetydlig skada) ska en enkel händelseutredning ske i ärendehanteringssystemet och efter att lämpliga åtgärder är gjorda avslutas/stängas av verksamhetschefen.

Vid allvarliga risker, skada eller missförhållande ska rutiner för lex Sarah och/eller allvarlig vårdskada (Lex Maria) tillämpas. När en händelse bedöms som måttlig eller allvarlig ska alltid en fördjupad händelseanalys genomföras som kvalitetssäkras av kvalitetsavdelningen. Analys om bakomliggande orsaker utreds och händelse- och situationsbeskrivning samt åtgärder dokumenteras i ärendehanteringssystemet. Kund och beställare hålls informerade om när ett missförhållande rapporterats och i det fall en anmälan görs till IVO.

Kunden ska alltid vara delaktig i planeringen av åtgärder som berör dem.

Samverkan - Om avvikelse uppstått på eller även berör annan verksamhet ska vidarerapportering ske dit. Vidarerapporteringen ska innehålla en första klassificering och bedömning av konsekvens för kund samt vidtagna åtgärder. Mottagande verksamhet genomför sin utredning, en kopia på deras utredning och åtgärder som skickas åter till rapporterande enhet, som underlag i gemensamt förbättrings- och åtgärdsarbete.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Enheten arbetar kontinuerligt med riskbedömningar och samarbetar med kunds nätverk när så bedöms vara till nytta för kunden. Hur samarbetsformerna skall se ut kring kund tas fram vid start på enheten, dessa kan behöva revideras och stäms av vid de årliga uppföljningsmötena med beställare. Viktigt är att tydliggöra att information som rör kund i dess arbete på daglig verksamhet

är av hållsobetydelse skall belysses specifikt. På daglig varsamhet pratar vi alltid med kund kring säkerhet, främst rörande fallrisk och sätta i halsen risk. Merparten av kunderna har en balansproblematik.

Kontinuerligt samarbete med PR-Vård för delegering av behovsmedicin till berörda medarbetare på enheten samt samsyn kring sjukvårdande insatser runt kund. Kontakt har också tagits med PR-Vård när oro funnits att kund inte sköter sin medicinerings.

Samverkan med Hjärnskadecenter, Habilitering & Hälsa för att säkerställa att vi alla samarbetar i arbetet tillsammans rörande kunds insatser.

Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Fallrisk är en pågående risk, lokalens utformning och utbud av aktiviteter gör att det också finns en rad ting/möbler som ökar skaderisken vid fall.
- Sväljproblematik gör att vissa kunder har en större benägenhet att sätta mat i halsen och riskera syrebrist. Medarbetare saknar kunskap i hur göra Heimlichmanöver när kund sitter i rullstol och ibland även i ett skal, dvs det är inte möjligt att göra en Heimlichmanöver då man inte räcker runt. Flera medarbetare saknar HLR utbildning.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6, samt 6§

Verksamhetschef är i möjligast mån med på alla individuella uppföljningsmöten mellan kommun, kund, närstående, nätverk och daglig verksamhet för att kunna fånga upp det som sägs. Verksamhetschef har sin arbetsplats på enheten, fördelar sin tid mellan de två arbetsplatserna. Verksamhetschef är närvarande och träffar kunder dagligen.

Klagomål och synpunkter av negativ art är ovanlig på enheten. Positiva synpunkter desto vanligare, dessa framförs ofta av såväl kund som närstående som kunds assistent. Positiva synpunkter berör vanligtvis bemötande, arbetsmetoder, aktiviteter och sammansättningar av grupper.

Inga skriftliga klagomål har under året inlämnats, nedan två har muntligt lämnats och bemöts.

- En kund klagar över att det är rörigt i lokalen, mycket synliga prylar. Åtgärdsplan görs som sträcker sig över tid.
- En kund klagar över en av enhetens medarbetare som hen upplever pratar högt och stressar upp kunder. Berörda parter är informerade.

Information om hur klagomål och synpunkter kan ges lämnas skriftligt och muntligt till kund när denne startat på enheten. På enheten finns information uppsatt om hur lämna klagomål, till vem och information om kundombudsman. Klagomål kan också lämnas i uppmärkt brevlåda.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkansform tas fram individuellt för varje enskild kund vid start på daglig verksamhet. Enhetens kunder har närstående, maka/make/partner/barn som i olika grad medverkar. God man och förmyndare kan också vara en medverkande part. I vissa fall inbjuds vi allt att vi i överenskommelse med kund bjuder in till ett närverksmöte för att diskutera patientsäkerhetsarbetet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått: Individuella uppsatta mål för enskilda medarbetare där inhämtning av kunskap skrivs och följs upp via Frösundas interna system Frösunda akademien. Dessa mål är nådda med undantag för önskemål om att få gå extern utbildning inom Heimlichmanövern/HSL och en specifik kommunikations utbildning rörande app/datorkommunikation. Frösunda har meddelat att egen utbildning rörande app/datorkommunikation skall tas fram.

Under 2017 har vi arbetat med att alla medarbetare ska utbilda sig genom Frösundakademien, fokus har legat på moduler, genomförandeplaner.

Processmått: Under 2017 arbetade enheterna gemensamt med att utveckla och förbättra arbetet inom riskfaktorer och dokumentation. Dessa områden finns kvar som förbättringsområden även under 2018.

Enheterna kommer att arbeta mer med generella riskanalyser, riskanalys kring enskild kund görs alltid, dessa följs upp vid genomgång av kund allt om något nytt inträffat. Nytt kartläggningmaterial belyser också vissa riskfrågor.

Läkemedelshantering. Under 2017 har enheten endast två kunder som av medarbetare får hjälp med medicin. En av dem har behovsmedicin/epilepsi, ingen medicinering har givits. En kund har under längre tid fått hjälp med att få ögondroppar två gånger per dag vid närvaro på dagliga verksamheten. Kontroller har gjorts och inga anmärkningar finns gällande signeringslista, informationsöverförande och dokumentation kring medicin eller hjälpmedel. Samtliga medarbetare/chef har delegering.

Resultatmått: Enhetens kunder har inte någon form av vård relaterade skador, infektioner eller liknade som mäts eller tas om hand av enhetens medarbetare. Inga vårdskador har uppstått i arbetet med kund på enheten. Ett skavsår har ev uppstått hos en kund då denne istället för att stå på tippbräda cyklade vid ett part tillfällen extra under en vecka.

Måluppfyllelse:

Kund som faller är enhetens största riskmoment tillsammans med sätta i halsen. Merparten av enhetens kunder har en balansproblematik vilket gör att fall inte går att undvika. Övergripande mål blir att fall skall ske kontrollerat då målet för kund b.l.a. kan vara att resa sig upp med hjälp av ribbstol, gå utan stöd -gångsträning, kunder som har gånghjälpmedel kan också behöva påminnas om att använda dem samt att också låta dem stå för att just träna sin gång/balans.

Dokumentationskraven och översyn av genomförandplan var sju månader uppfyllda.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utvecklingsområden 2018

Det övergripande målet är att den hälso- och sjukvård som kund har behov av ska komma kund tillgodo. Ett ständigt och pågående arbete är att arbeta mot ökad kundnöjdhet med kundens fokus. Delmål för att uppnå de övergripande målen är.

- Följa genomförandeplan.
- Följa vårdplan om sådan finns.
- Vårdatgårderna ska vara samsynskade med kunds genomförandeplan.
- Ordinerade medicinska ordinationer ska vara utförda till 100%.
- Alla vårdavvikelse skall dokumenteras enligt rutin och inkomma senast 14 dagar efter händelse.
- Avvikelse skall analyseras och åtgärden skall vidtas.

Till vår hjälp kommer vi under 2018 utbilda vägledningscoacher som skall vara enhetens chef och medarbetare behjälplig i att säkerställa att vi alltid arbetar med kundens fokus. Kund har valt Frösunda AL-Gruppen/Dalagatan daglig verksamhet utifrån de aktiviteter som erbjuds på och utanför verksamheterna. Kundens fokus är många gånger att få möjlighet, att träna såväl fysiskt som psykiskt, hitta energibalans, att möjliggöra sätt att uttrycka sig i och genom olika konstformer, finnas i ett socialt sammanhang och vara delaktig i processen och att få möjlighet att producera allt från varor till butiken till texter som används i musik och diktformer.

Under 2018 finns också önskemål om att samtliga medarbetare utbildas kring metoder när någon sätter i halsen samt hjärt- och lungräddning. Inom Frösundaakademien finns utbildning kring sväljsvårigheter men en fördjupning av detta är att utbildas i Heimlichmanövern och HLR.

Brukarundersökningar

Under 2017 gjordes en brukarundersökning av Stockholm stad. Brukarundersökning var klar under oktober månad. På Dalagatan inkom åtta svar motsvarande 62% av enhetens kunder från Stockholm. Hälften av enkäterna är ifyllda av annan person. I jämförelse med svaren året innan låg några svar på högre siffror och några på lägre siffror. Enkätens frågor berör såväl den enskildas nöjdhet med sin dagliga verksamhet som huruvida man känner sig lyssnad på av sin handläggare.

Kundundersökning gjord av Stockholm stad -Brukarundersökning inom funktionsnedsättning 2017 Stockholm Stad, finns att läsa på <http://www.stockholm.se/-/Jamfor/?enhetstyp>

Frösunda har under hösten gjort två kundundersökningar

Nationell brukarundersökning i området -Vuxna med daglig verksamhet enligt LSS samt en kundundersökning kring Livkvalitet idag och i framtiden.

På den nationella brukarundersökning var svarsfrekvensen god, på Dalagatan svarade 83 % av kunderna, vilket var högsta svarsfrekvensen inom funktionsnedsättning.

Skriftlig återkoppling finns ännu inte att tillgå. Vid en muntlig kort rapport säs att enheternas kunder är mycket nöjda med såväl aktiviteter/stöd som medarbetare.

Under kvartal fyra har en NPS – undersökningen (Net Promotor Score) och NKI (Nöjd Kund Index) gjorts av Frösunda. Frågor har ställts till beställare och närstående kring kundlojalitet och kundnöjdhet. Även här väntar jag på skriftlig återkoppling.

Stockholm 180212



Åsa H Caesar
Verksamhetschef

Frösunda Omsorg AB

Patientsäkerhetsberättelse 2017

AL-gruppen 8003

Åsa H Caesar Verksamhetschef AL-Gruppen och Dalagatan
2018-02-12

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Avvikelser	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Klagomål och synpunkter	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Resultat.....	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

AL-Gruppen vänder sig till LSS personkrets 2, förvärvad hjärnskada i vuxen ålder.

Under året har antalet förfrågningar och kunder ökat, förfrågningar har främst ökat från Stockholm stad och från nyskadade kunder med pågående rehabiliteringsinsatser inom landstinget.

Medarbetare på enheten: leg arbetsterapeut, leg fysioterapeut, hälsopedagog och aktivitetscoacher utbildade inom musik och konst.

AL-Gruppen erbjuder individuella aktiviteter och gruppaktiviteter utifrån kunds genomförandeplan/önskemål och överenskommet schema. På arbetsplatserna finns olika aktiviteter som syftar till att ta tillvara på och utveckla både fysiska och kognitiva funktioner, AL-Gruppen erbjuder också aktiviteter i musik/drama och ateljé. Verksamheterna har för kund en viktig social funktion genom att ge struktur i vardagen och möjliggöra grupptillhörighet.

- Individuellt och i grupp; arbetsterapi: aktiviteter eller funktionsspecifik träning som syftar till att träna och stimulera aktivitetsutförandet och kognitiva funktioner såsom minne, uppmärksamhet, koncentration, exekutiva funktioner, orientering till tid/rum/person, kommunikation. Även handträning utförs.
- Individuellt och i grupp; sjukgymnastik: aktiviteter som syftar till att träna spatial förmåga, styrka, rörlighet, koordination, kondition, balans, kroppskännedom, avslappning samt förmåga till förflyttning.
- Sociala aktiviteter: musikgrupp, spelgrupp, utflykter, gemensam lunch/fika.
- Sinnesstimulering: taktil stimulering, massage, vattensäng, bolltäck och musik.
- Friskvård: bassängbad, gruppgympa, yoga, bowling, gym/träning.
- Ateljé/produktion: skapande aktiviteter med olika material och tekniker.
- Data och kompetensutveckling.
- Köksaktiviteter med syfte och mål att få träna, läsa och uppleva doft och smak.

Under året har stor vikt lagts för att öka patientsäkerheten. Ökad samverkan med nätverk och kund är en del i arbetet. Kartläggningsmateriel och nya riskbedömningar har gjort och följs upp månadsvis. Orsak till att nytt material togs fram var när en kund (Dalagatans DV) vid måltid fick en allergisk reaktion, kunds allergi var ej känd av alla. AL-gruppens kunder har stora fysiska funktionshinder. Samtliga har gånghjälpmedel. Ett stort antal kunder har medföljande assistenter, för dessa kunder har ansvaret delegerats assistenterna för medicinering, sondmatning, hygien mm. Samarbete mellan dessa kunders assistenter och medarbetar på enheten är mycket viktiga för kunds välbefinnande.

Lunch tillverkas dagligen på enheten. Merparten av kunderna har sväljproblematik, all mat delas eller passerar utifrån kunds behov. Flera kunder får matningshjälp. Kund som tidigare ej har ätit mat kan efter överenskommelse och i efter samråd med vanligtvis logoped på hjärnskadecenter

erbjudas lunch på enheten. All mat och dryck intas alltid tillsammans med medarbetare, kund lämnas aldrig själv under måltid. Rutin sågs över efter att en kund satt mat i halsen och fick med hjälp av Heimlichmanövern upp matbiten.

Fallrisk: Arbetar med att minska fallrisken för kunder samt att kund som faller kan göra detta på ett så säkert sätt som möjligt. Vid fall skrivs Vård och omsorgsavvikelser, händelsen journalförs och information ges till den part som skall informeras PR-vård, handläggare, närstående/hemtjänst.
Inga kända skador, infektioner eller sår har uppstått hos kund under 2017.

Synpunkter och klagomål hanteras oftast direkt när de är av sådan art att åtgärd kan göras. Ett vanligt klagomål är kund till kund som ej trivs med varandra. Konflikthantering och säkerställa att kundgrupper görs på ett så klokt vis som möjligt arbetas med dagligen.

Under 2017 påbörjades arbete med kvalitetsråd med syfte att analysera alla typer av avvikelser (vård- och omsorgsavvikelser, synpunkter och klagomål, extern och intern tillsyn, avtalsuppföljningar) samt att utifrån analyserna driva på arbetet med ständiga förbättringar. Representanter från Dalagatan och AL-Gruppen har som mål att sammanträda vid sex tillfällen per år. Genomgång av kvalitetsrådets åtgärder och förankring av förbättringsarbetet i respektive verksamhet är en återkommande punkt på de verksamhetsmöten som hålls på enheterna.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Verksamheten arbetar mot tre uttalade kvalitetsmål: Kundnöjdhet, Avtalstrohet och Regulatorisk följsamhet. Inom HSL-området är det övergripande målet att den hälso- och sjukvård som kund har behov av ska komma kund tillgodo.

Genom Ledningssystemet följs arbetet upp systematiskt och fortlöpande utöver detta sammanställs data från kvalitets undersökningar avtalsuppföljningar intern och extern kvalitetsuppföljning för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

På Frösundas Kvalitetsavdelning finns det tillgång till medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, leg dietist samt kostekonom för att stötta verksamheterna och alla dessa funktioner.

På AL-Gruppen finns utöver aktivitetscoach anställd legitimerad fysioterapeut och legitimerad arbetsterapeut samt en hälsopedagog, dessa arbetar tätt tillsammans med verksamhetschef och PR-Vård för att säkerställa patientsäkerheten. All berörd personal har delegering till de kunder där behov av stöd av behovsmedicinering föreligger.

Utöver arbetet med att följa rutiner kring avvikelser, lex. Sarah, riskanalyser görs egenkontroller, dessa följs upp och läggs in i Frösundas ledningssystem.

- Skydds rond – kundnära verksamheter
- Skydds rond – kontor
- Brandskydd
- Kvalitet, kund och verksamhet
- Basala hygienrutiner
- Miljö
- Livsmedel Kvalitet En gång/år enligt rutin
- Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvården
- Intern revision – EKP Kvalitet
- Kvalitetsråd

Samverkan med andra hälso- och sjukvårdsgivare.

De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds till Frösundas kunder anpassas alltid till den enskildes hälsa, välbefinnande och vårdbehov. Vi har i olika grad ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i våra verksamheter och ansvarsfördelning och rutiner för samverkan anpassas efter förutsättningarna i varje enskild verksamhet. Vi utformar samverkansöverenskommelser med de vårdgivare som vi enligt avtalet med beställaren ska samarbeta med. En sådan överenskommelse anger omfattning av samarbete, arbetsuppgifter och ansvarsfördelning, vilket skapar gemensamma arbetsrutiner och en klar bild av hur patientsäkerhetsarbetet säkerställs. Vid behov stödja kund vid läkarkontakt, samverka genom Sipp möten med exempelvis tandläkare, fotvård, specialistsjukvård och psykiatri.

Struktur för uppföljning/utvärdering finns tydligt beskrivet i framtagna policydokument i Frösundas Ledningssystem. Dessa beskrivs under rubrik -Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan med kunds närstående.

Frösunda betraktar kontakten och samverkan med anhörig, närstående eller företrädare som ovärderlig. Vid start på Daglig verksamhet ställs fråga till kund om denne önskar att någon närstående skall vara delaktig i planering och om vi får kontakta och i vilka frågor den närstående när behov uppstår.

Kundens stödperson på dagliga verksamheten ansvarar för den kontinuerliga kontakten med kund och dess närstående eller företrädare utefter vad som överenskommit mellan kund och daglig verksamhet. Överenskommelsen sker skriftligt.

Tolk bokas av utförare om behov finns.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kundmöten hålls varje vecka där enskild kunds genomförandeplan och riskbedömning belyses. Journalföring görs på varje kund verksamheten arbetar i tre system, Parsol, Combine och Safedok. Varje månad görs en månadssummering utifrån närvaro, aktiviteter, avvikelser med utgångspunkt på vad som finns i beställning/beslut och genomförandeplan.

Frekvens av uppdaterade Genomförandeplaner rapporteras skriftligt av VC till RC varje månad.

Antal vårdavvikelser, klagomål och synpunkter rapporteras skriftligt av VC till RC varje månad.

Riskbedömning görs på varje ny kund, följs upp vid månadsgenomgång. Akut händelse tas omgående. Om händelsen är av sådan art att en avvikelse eller en lex Sarah anmälan skall göras rapporteras detta omgående av medarbetare till VC som vidare rapporterar händelsen. Rapportering sker utöver muntligt även skriftligt i Frösundas ledningssystem.

Egenkontroller görs enligt rutin 1-6 uppföljningar per år.

Extern kontroll kring uppföljning av avtal brukar vanligtvis bokas in av kommun genom platsbesök. Extern livsmedelskontroll sker vanligtvis obokade. Enheten har inte haft några anmärkningar eller åtgärden som har behövts efterkontrolleras.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

På enheten hålls veckomöten där medarbetet muntligt rapporterar kring kund och händelser. Ansvarig stödperson antecknar det som skall antecknas enligt rutin och i det dokumenteringssystem som gäller för aktuell kund.

- Kontinuerligt samarbete med PR-vård för delegering av behovsmedicin till samtliga medarbetare och verksamhetschef på enheten samt samsyn kring sjukvårdande insatser runt kund.
- Utökat samarbete med Hjärnskadecenter, Habilitering & Hälsa genom regelbundna träffar rörande våra roller, arbetsmetoder samt ett ökat samarbetet kring/med specifika kunder för att på så vis bättre kunna uppnå kunds mål i aktivitet.
- SIP-möten har hålls kring några kunder för att tydliggöra vem som gör vad och vem som skall göra vad. Mål är att kunna stötta kund när denne känner sig osäker kring våra olika roller samt att kunna följa upp de aktiviteter som överenskommit.

- Nytt kartläggningsmaterial har framtagits under 2017 för att säkerställa att alla kunder får frågor som kan vara av vikt för dem och ur risksynpunkt.
- Under en planeringsdag som hölls tillsammans med Dalagatan fick samtlig medarbetare träna på att hantera golvlift och tippbräda, dvs förflyttning av någon från stol, golv, bänk.
- Under året gjordes en riskgenomgång för samtliga kunder, en mycket förenklad riskkarta togs fram. Kartan syftar till att snabbt få en överblick och finns tillgänglig för timvikare mm. Kartbilden visar vilka kunder som har allergi, fallrisk, sväljproblematik, blodsmitta, behovsmedicin mm.

Tillförd kunskap

Båda enheterna har varit på gemensam föreläsning med Beata Terzis som är Med. dr, leg. Psykolog och sakkunnig hos Frösunda inom demens och kognition. Utöver föreläsning hölls även fördjupningsdiskussioner inom kognition och bemötande. Ett antal medarbetare utbildar sig specifikt inom Alzheimers.

Personalen utbildas kontinuerligt internt via Frösundaakademin, handledning tas in vid behov. Under året har samtliga medarbetare och chef utbildats i Frösundaidén – På Frösunda får kunden själv bestämma. Utbildningen består av fem moduler. Medarbetarna har arbetat självständigt, i grupp och på gemensam planeringsdag för båda enheterna.

Under 2017 har medarbetare och chef gått ytterliggare utbildningar anordnade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroller

Verksamhetschef har ansvar för att de egenkontroller som åligger hen genomförs och hanteras enligt gällande rutiner. Alla egenkontrolldokument läggs in i av Frösunda framtaget ledningssystemet när de är gjorda. Delar av Livsmedelskontrollerna är delegerade till medarbetare, verksamhetschef kontrollerar enligt rutin minst en gång per år och lägger in dessa dokument i ledningssystemet. Verksamheten hanterar livsmedel och följer nogsamt de föreskrifter som gäller.

Egenkontroll Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård är gjord hösten 17, egenkontrollen gjordes gemensam med Dalagatan. Mycket av frågorna gick ej att besvara då de ej är aktuella på daglig varsamhet.

En egenkontroll är inte gjord: Egenkontroll av basala hygienrutiner i särskilda boende enligt SoL och LSS samt daglig verksamhet. Mallen har känts svår att använda utifrån det arbete som bedrivs på enheten. Endast två kunder får hjälp till wc, byte av inkontinens skydd. Kund som får hjälp till wc sköter sin hygien själv, medarbetare använder engångsförkläde och engångshandskar. En kund har ett liggande byte i samband med vila, hen ligger på engångsunderlägg och medarbetare använder engångsförkläde och engångshandskar. Händer tvättas/spritas före det att handskar sätts på och händer tvättas/spritas efter att kunden är klar.

Medarbetaren som lagar lunch har egna tröjor och förkläden dessa tvättas dagligen samt engångshandskar. Köket spritas av efter det att måltiden är klar. Lunch lagas dagligen då det inte finns nedkylningsutrymme att tillgå. Verksamhetschef följer upp att behovsmedicineringslistan

signeras och att rutin följs, även PR-Vård kontrollerar att detta arbete görs korrekt. Inför behovsmedicinering ringer medarbetaren till PR Vård samt till kunds boende för att säkerställa att kund inte redan fått en extra dos denna dag. Medicin är inlåst.

Tillsynskontroller:

Solna stad: Miljö och byggnadsförvaltningen utförde Livsmedelskontroll/AL-Gruppen 161115 - godkänd, med påminnelse om att kranfilter skall kokas enligt rutin. Nytt besök förväntas bokas in under 2018.

LOV-uppföljning från Stockholms stad utfördes på Al gruppen februari 2016. Resultat:

- AL-Gruppen. VC fick lämna tydliggörande skriftlig beskrivning gällande tre rutiner: Hur göra när kundens behov förändras, hur göra när förändring i verksamheten görs, och skriftlig rutin för vikarieanskaffning.

Avvikelser

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Under 2017 skrevs totalt 12 vård- och omsorgsavvikelser samt en anmälan om missförhållanden/påtaglig risk för missförhållande enligt Lex Sarah.

Kortfattad beskrivning av 2017 års vård- och omsorgsavvikelser och lex Sarah.

- **Vård- och omsorgsavvikelser:** Under 2017 gjordes 12 st VOA:er. Av dessa 12 bedöms fem vara vårdavvikelser, samtliga är fall. Avvikelseerna bestod av ett antal tillfällen då kund/kunder kommer obältade till DV, kund kommer utan ortos och nackkudde, dessa avvikelser hör egentligen inte till enheten men påverkar arbetet med kunden. Rutiner skrivs för att kontrollera att kund är bältad korrekt när denne kommer till DV för att undvika fall på DV. Fem avvikelser skrivs pga. av fall, samtliga kunder har fallit under träning. Fallen har inte lett till skada utan varit kontrollerade fall.
- **Lex Sarah.** Ett rapporterat missförhållande som utreds under året. Kund som endast får smaka på släta smakprov ges smakprov med cocosflingor i. Kund aspirerar och hostar svårt. Rutinen ses över då kund ibland får ges smakprov men när hen varit sjuk ej skall smaka. Kunds assistenter är väl insatta i kunds dagsform vilket gör att fråga till dem ställs huruvida kund skall i aktiviteten/kulinarisk grupp smaka eller ej.

Åtgärd under 2017

Samtliga kunder på enheterna får förnyad riskbedömning gjord. Förenklad riskkarta görs och finns tillgänglig för samtliga medarbetare d.v.s. även timvikare.

Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera vård- och omsorgsavvikelser. All personal ska även rapportera uppmärksammade risker för vård- och omsorgsavvikelser eller missförhållanden. Snarast vid upptäckten ska åtgärder vidtas som återställer trygg, god och säker omsorg och vård. Medarbetare rapporterar händelsen i Frösundas ärendehanteringssystem för vård- och omsorgsavvikelser. I avvikelserapporten ska det framgå vem som är inblandad, typ av avvikelse och beskrivning av händelsen. Även bakomliggande orsaker som har uppmärksammats och

åtgärder som vidtagits i samband med händelsen dokumenteras skall framgå. Avvikelse rapporten hanteras (utreds och avslutas) därefter i ärendehanteringssystemet av VC, sjuksköterska, RC, MAS, kvalitetscontroller (nämns här efter som utredare). Om det digitala ärendehanteringssystemet inte är tillgängligt kan blankett avsedd för avvikelse rapportering användas. Avvikelse rapporter lämnas på angiven plats till avvikelsesamordnare/chef. Innehållet i rapporten ska vara samma som i ärendehanteringssystemet. VC ansvarar för att lägga in rapporten i ärendehanteringssystemet för att där dokumentera utredning och övrig handläggning.

I samband med att avvikelse rapporten inkommer för utredning ska händelsen bedömas och klassificeras med typ av händelse samt om avvikelse rapporten avser en risk, ett missförhållande och/eller vårdskada eller allvarliga missförhållanden och/eller vårdskada. Bedömning om "risk att ske igen" skall kartläggas och dokumenteras. Utredaren bedömer även om händelsen har orsakats på grund av brister som verksamheten själv ansvarar för och om händelsen ska utredas tillsammans med andra vård- och omsorgsgivare. Konsekvensen för kunden ska alltid bedömas och dokumenteras tillsammans med allvarlighetsgrad och omfattning av risk för eller skada, missförhållande, allvarlighetsgraden/konsekvensen delas in som fysiskt, psykiskt, socialt lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall.

Bedöms konsekvensen av händelsen som mindre skada/missförhållande (dvs. obehag eller obetydlig skada) ska en enkel händelseutredning ske i ärendehanteringssystemet och efter att lämpliga åtgärder är gjorda avslutas/stängas av verksamhetschefen.

Vid allvarliga risker, skada eller missförhållande ska rutiner för lex Sarah och/eller allvarlig vårdskada (Lex Maria) tillämpas. När en händelse bedöms som måttlig eller allvarlig ska alltid en fördjupad händelseanalys genomföras som kvalitetsssäkras av kvalitetsavdelningen. Analys om bakomliggande orsaker utreds och händelse- och situationsbeskrivning samt åtgärder dokumenteras i ärendehanteringssystemet. Kund och beställare hålls informerade om när ett missförhållande rapporterats och i det fall en anmälan görs till IVO.

Kunden ska alltid vara delaktig i planeringen av åtgärder som berör dem.

Samverkan - Om avvikelse uppstått på eller även berör annan verksamhet ska vidare rapportering ske dit. Vidare rapporteringen ska innehålla en första klassificering och bedömning av konsekvens för kund samt vidtagna åtgärder. Mottagande verksamhet genomför sin utredning, en kopia på deras utredning och åtgärder som skickas åter till rapporterande enhet, som underlag i gemensamt förbättrings- och åtgärdsarbete.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Enheten arbetar kontinuerligt med riskbedömningar och samarbetar med kunds nätverk när så bedöms vara till nytta för kunden. Hur samarbetsformerna skall se ut kring kund tas fram vid start på enheten, dessa kan behöva revideras och stäms av vid de årliga uppföljningsmötena med beställare. Viktigt är att tydliggöra att information som rör kund i dess arbete på daglig verksamhet är av hållsobetydelse skall belysas specifikt. På daglig verksamhet samtalas med kund kring säkerhet, främst rörande fallrisk och sätta i halsen risk. Merparten av kunderna har en sväljproblematik och balansproblematik.

Kontinuerligt samarbete med PR-Vård för delegering av behovsmedicin till berörda medarbetare på enheten samt samsyn kring sjukvårdande insatser runt kund.

Samverkan med Hjärnskadecenter, Rehabilitering & Hälsa för att säkerställa att vi alla samarbetar i arbetet tillsammans rörande kunds insatser.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Fallrisk är en pågående risk.
- Brist på ljudisolerande material gör att såväl kund/er som medarbetares hörsel påverkas.
- Sväljproblematik gör att vissa kunder har en större benägenhet att sätta mat i halsen och riskera syrebrist. Medarbetare saknar kunskap i hur göra Heimlichmanöver när kund sitter i rullstol och ibland även i ett skal, dvs det är inte möjligt att göra en Heimlichmanöver då man inte räcker runt rullstol. Flera medarbetare saknar HLR utbildning.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6, samt 6§

Verksamhetschef är i möjligast mån med på alla individuella uppföljningsmöten mellan kommun, kund, närstående, nätverk och daglig verksamhet för att kunna fånga upp det som sägs. Verksamhetschef har sin arbetsplats på enheten, fördelar sin tid mellan de två arbetsplatserna. Verksamhetschef är närvarande och träffar kunder dagligen.

Klagomål och synpunkter av negativ art är ovanlig på enheten. Positiva synpunkter desto vanligare, dessa framförs ofta av såväl kund som närstående som kunds assistent. Positiva synpunkter berör vanligtvis bemötande, arbetsmetoder, aktiviteter och sammansättningar av grupper.

Kunders och närståendes synpunkter och klagomål. Under 2017 görs två skriftligt klagomål och ett muntligt.

- 1 Närstående lämnar synpunkt kring Frösundas titel på Kundombudsman (Information om denne siter i lokalen). Lämnar förslag på att detta bör heta kundombud.
- 2 Kunds assistent klagar över att vi brister i anteckningarna i kundens kalender. Vi hade brustit i att fylla i känd frånvaro av medarbetare, vilket vi varit överens om att fylla i. Rutinen sågs över.
- 3 Vid en oplanerad utflykt lämnar assistent till kund muntligt klagomål då de önskat veta i förväg för att på så vis fått möjlighet att välja eldrivna rullstolen till kunden. Hjälp med rullstolskörande samt aktivitet inomhus erbjöds kunden.

Information om hur klagomål och synpunkter kan ges lämnas skriftligt och muntligt till kund när denne startat på enheten. På båda enheter finns information uppsatt om hur lämna klagomål, till vem och information om kundombudsman.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkansform tas fram individuellt för varje enskild kund vid start på daglig verksamhet. Enhetens kunder har närstående, maka/make/partner/barn som i olika grad medverkar. God man och förmyndare kan också vara en medverkande part. I vissa fall inbjuds vi allt att vi i överenskommelse med kund bjuder in till ett närverksmöte för att diskutera patientsäkerhetsarbetet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått: Individuella uppsatta mål för enskilda medarbetare där inhämtning av kunskap skrivs och följs upp via Frösundas interna system Frösunda akademin. Dessa mål är nådda med undantag för önskemål om att få gå extern utbildning inom Heimlichmanövern/HSL och en specifik kommunikations utbildning rörande app/datorkommunikation. Frösunda har meddelat att egen utbildning rörande app/datorkommunikation skall tas fram.

Under 2017 har vi arbetat med att alla medarbetare ska utbilda sig genom Frösundakademin, fokus har legat på moduler, genomförandeplaner.

Processmått: Under 2017 arbetade enheterna gemensamt med att utveckla och förbättra arbetet inom riskfaktorer och dokumentation. Dessa områden finns kvar som förbättringsområden även under 2018.

Enheterna kommer att arbeta mer med generella riskanalyser, riskanalys kring enskild kund görs alltid, dessa följs upp vid genomgång av kund allt om något nytt inträffat. Nytt kartläggningsmaterial belyser också vissa riskfrågor.

Läkemedelshantering. Under 2017 har enheten endast en kund som av medarbetare får hjälp med medicin. Kunden har behovsmedicin. Kontroller har gjorts och inga anmärkningar finns gällande signeringslista, informationsöverförande och dokumentation kring medicin eller hjälpmedel. Samtliga medarbetare/chef har delegering.

Resultatmått: Enhetens kunder har inte någon form av vård relaterade skador, infektioner eller liknade som mäts eller tas om hand av enhetens medarbetare. Inga vårdskador har uppstått i arbetet med kund på enheten.

Måluppfyllelse:

Kund som faller är enhetens största riskmoment tillsammans med sätta i halsen. Enhetens samtliga kunder har en balansproblematik vilket gör att fall går inte att undvika. Övergripande mål blir att fall skall ske kontrollerat då mål för kund kan vara att resa sig upp med hjälp av ribbstol, gångträning och eller för de kunder som har viss gångförmåga kvar och där förflytning mellan rullstol/säng/wc görs utan lift.

Dokumentationskraven och översyn av genomförandplan var sjätte månad är uppfyllda.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utvecklingsområden 2018

Det övergripande målet är att den hälso- och sjukvård som kund har behov av ska komma kund tillgodo. Ett ständigt och pågående arbete är att arbeta mot ökad kundnöjdhet med kundens fokus. Delmål för att uppnå de övergripande målen är.

- Följa genomförandeplan.
- Följa vårdplan om sådan finns.
- Vårdatgården ska vara samsynskade med kunds genomförandeplan.
- Ordinerade medicinska ordinationer ska vara utförda till 100%.
- Alla vårdavvikelse skall dokumenteras enligt rutin och inkomma senast 14 dagar efter händelse.
- Avvikelse skall analyseras och åtgärden skall vidtas.

Till vår hjälp kommer vi under 2018 utbilda vägledningscoacher som skall vara enhetens chef och medarbetare behjälplig i att säkerställa att vi alltid arbetar med kundens fokus. Kund har valt Frösunda AL-Gruppen daglig verksamhet utifrån de aktiviteter som erbjuds på och utanför verksamheten. Kundens fokus är många gånger att få möjlighet, att träna såväl fysiskt som psykiskt, hitta energibalans, att möjliggöra sätt att uttrycka sig i och genom olika konstformer, finnas i ett socialt sammanhang och vara delaktig i processen och att få möjlighet att producera texter som används i musik och diktformer.

Under 2018 finns också önskemål om att samtliga medarbetare utbildas kring metoder när någon sätter i halsen samt hjärt- och lungräddning. Inom Frösundaakademien finns utbildning kring sväljsvårigheter men en fördjupning av detta är att utbildas i Heimlichmanövern och HLR.

Brukarundersökningar

Under 2017 gjordes en brukarundersökning av Stockholm stad. Brukarundersökning var klar under oktober månad. På AL-Gruppen var det sex kunder vilket ger en procentsats av svarande kunder på 55%. Endast en kund har själv svarat på enkäten, överlag är man mycket nöjd och nöjdare än vad man tidigare varit och svaren ligger generellt långt över stadens siffror i merparten av frågorna.

Kundundersökning gjord av Stockholm stad - Brukarundersökning inom funktionsnedsättning 2017 Stockholm Stad, finns att läsa på <http://www.stockholm.se/-/Jamfor/?enhetstyp>

Frösunda har under hösten gjort två kundundersökningar

Nationell brukarundersökning i området - Vuxna med daglig verksamhet enligt LSS samt en kundundersökning kring Livkvalitet idag och i framtiden.

På den nationella brukarundersökning var svarsfrekvensen god, på AL-Gruppen svarade 65 % av kunderna, vilket var näst högsta inom funktionsnedsättning.

Skriftlig återkoppling finns ännu inte att tillgå. Vid en muntlig kort rapport säs att enheternas kunder är mycket nöjda med såväl aktiviteter/stöd som medarbetare.

Under kvartal fyra har en NPS – undersökningen (Net Promotor Score) och NKI (Nöjd Kund Index) gjorts av Frösunda. Frågor har ställts till beställare och närstående kring kundlojalitet och kundnöjdhet. Även här väntar jag på skriftlig återkoppling.

Solna 180212



Åsa H Caesar

Verksamhetschef

