



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2023*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2023

Stiftelsen Bräcke diakoni
Bräcke diakoni Stockholm AB

Marie Bertilsson, Sara Dahlin, Lena Jedefeldt Slattery,
Anna Maria Norberg, Charlotta Stenberg, Thomas Schneider

© Bräcke diakoni - februari 2024

Innehåll

Sammanfattning.....	4
1 Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....	5
1.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg.....	5
1.2 En god säkerhetskultur.....	5
2 Organisation och ansvar.....	6
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
3 Strategier och arbetssätt.....	7
3.1 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	7
3.2 Säker vård och omsorg här och nu.....	7
3.3 Övergripande mål och strategier.....	8
3.4 Fokusområden.....	8
3.5 Tillitsbaserad styrning.....	8
3.6 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling.....	9
4 Systematiskt förbättringsarbete.....	10
4.1 Agera för säker vård och omsorg.....	10
4.2 Riskanalyser.....	10
4.3 Egenkontroll.....	11
4.4 Avvikelsehantering.....	12
4.5 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden.....	12
4.6 Klagomål och synpunkter.....	13
4.7 Förbättringsarbete.....	14
5 Kunskap och kompetens.....	15
5.1 Forsknings-samverkan.....	15
6 Samskapande och samverkan.....	17
7 Informationssäkerhet.....	18
8 Hållbarhet.....	19
8.1 Social hållbarhet.....	19
8.2 Ekologisk hållbarhet.....	20
8.3 Ekonomisk hållbarhet.....	20
9 Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete.....	21
9.1 Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2023.....	21
9.2 Driftområdesspecifika insatser.....	22
9.3 Systematiskt förbättringsarbete.....	26
9.4 Kvalitetsdialog.....	26
9.5 Avvikelser.....	26
9.6 Synpunkter och klagomål.....	31
9.7 Patient/brukarupplevelse av våra insatser.....	31
10 Strategier och handlingsplan för det kommande året.....	34
10.1 Stiftelseövergripande handlingsplan.....	34
10.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner.....	34

Sammanfattning

I denna berättelse beskriver vi vårt samlade arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Arbetet mot hög kvalitet och patientsäkerhet sker utifrån ett processorienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar samskapande med individen i centrum. Medarbetare och chefer har en samsyn, lär av varandra och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation.

Under 2023 har vi fortsatt vårt arbete med att utveckla vårt stöd till samskapande, 15 kvalitetsdialoger har genomförts med deltagande av spetspatienter. Vi har under året även tagit fram en gemensam modell för att synliggöra förbättringsarbeten. Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har fortsatt med att implementera en gemensam modell för riskanalyser vilken ger en ökad överblick och möjlighet att synliggöra risker på olika nivåer i stiftelsen. Arbetet med avvikelserapportering har fortsatt på samtliga nivåer i stiftelsen och i fyra av fem av stiftelsens driftområden ses en ökning av de mindre allvarliga avvikelserna och en minskning av allvarliga avvikelser. Olika former av återkommande kvalitetsuppföljningar har fortsatt att utvecklas och implementering har påbörjats, månadsvisa kvalitetsuppföljningar breddinförs under 2024. För att öka effektiviteten och förbättra samverkan mellan stödfunktioner och driftorganisationen har förväntanssynkar genomförts mellan driftledning och ett antal stödfunktioner samt mellan flera stödfunktioner. Kvalitetsavdelningen finns nu representerade i samtliga driftområdesledningsgrupper vilket är ytterligare ett sätt att öka samverkan och synliggöra och stärka arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2024 fokuserar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på följande områden:

- Utveckla arbetssätt för månadsvisa uppföljningar av kvalitetsaspekter och övergripande nyckeltal.
- Synliggöra och öka kunskapen om vårdskador och missförhållanden i vårdens och omsorgens övergångar.
- En tydligare förankring av patient- och brukarsäkerhetsarbetet i driftledningen.

1 Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

1.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

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. Med detta vill vi bidra till en ökad medmänsklighet och befästa människors lika värde i vårt samhälle. Allt vi gör utgår från vår gemensamma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

Bräcke diakoni erbjuder vård och omsorg inom bl.a. äldreomsorg, palliativ vård, primärvård, rehabilitering, habilitering och stöd till personer med funktionsnedsättningar. Verksamheterna bedrivs både som öppenvård, daglig verksamhet, mottagningar eller som slutenvård/rehab och boenden. Våra 40-tal verksamheter bedrivs på uppdrag av fyra regioner och ett 30-tal kommuner. Våra välfärdsinnovationer för personer med psykisk hälsa (*TrUSt*) eller funktionsnedsättningar (*RättVisat*) eller äldre anhöriga (*Inöd och lust*) används i 100-tals kommuner och de flesta regioner runtom i landet.

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)¹, patientsäkerhetslag (2010:659)², hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)³, socialtjänstlag (2001:453) (SoL)⁴, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁵ samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (2010:800)⁶. Den följer också Sveriges kommuner och regioners (SKR) mall för patientsäkerhetsberättelser⁷ och beskriver vårt samlade arbete att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns till för. Bräcke diakonis sammanhållna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut.

1.2 En god säkerhetskultur

Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen. 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-, patient- och brukarsäkerhet. Arbetet med riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar grundstrukturen för detta förbättringsarbete. Lärande sker utifrån den egna verksamhetens resultat och förebyggande riskhanteringsarbete och genom hantering av brister genom egenkontroll, synpunkter och avvikelser.

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [SFS 2001:453](#)

⁵ [SFS 1993:387](#)

⁶ [SFS 2010:800](#)

⁷ [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)

2 Organisation och ansvar

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, economichef, HR-chef, utvecklingschef, fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i fem driftområden: Rehabilitering och specialistvård, Primärvård, Funktionsstöd, Vård och omsorg i hemmet samt Vård och omsorg för äldre.

Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) utses verksamhetschefen av direktor 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 riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare inom kvalitet och ledarskap. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

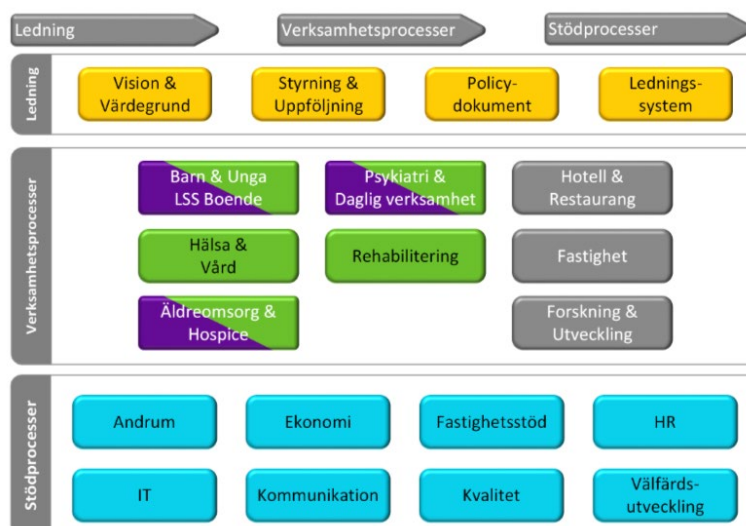
I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. 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 målluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

3 Strategier och arbetssätt

3.1 Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov och styrs med hjälp av ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna (Fig. 1). Ledningssystemet följer Socialstyrelsens ledningssystemföreskrift (SOSFS 2011:9) och används som ett stöd i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Styrdokument och policyer utgör grunden för ledningssystemet och säkerställer att vårt uppdrag utförs på ett sådant sätt att överenskommen omfattning och kvalitet uppnås och upprätthålls. Utifrån de övergripande styrdokument utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksamhetsbehov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.



Figur 1. Startside för Bräcke diakonis processororienterade ledningssystem.

Ledningssystemet kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv, gemensam databas med transparens inom hela stiftelsen och där data presenteras över tid, för att kunna följa och förstå variationen. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete att genom analys, lärande och utveckling skapa tillförlitliga och säkra system, uppnå ställda krav och målsättningar och minska den oönskade variationen i våra processer och resultat.

3.2 Säker vård och omsorg här och nu

Vården och omsorgen präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är därför viktigt att det finns strategier för att snabbt anpassa verksamheterna efter nya förutsättningar. För att varje verksamhet ska uppmärksamma de områden där det finns behov av att öva eller förbereda sig för att öka eller bibehålla säkerheten kartläggs behov av simulering årligen vid kvalitetsdialogen.

Verksamheten får då möjlighet att reflektera kring behov av simulering och resultaten kan sammanfattas på de olika nivåerna i organisationen.

Även verksamheternas riskanalyser med tillhörande handlingsplaner används som en källa för att anpassa verksamheterna efter de ständigt skiftande omständigheter som är vardag inom vården och omsorgen.

3.3 Övergripande mål och strategier

Sedan 2019 har stiftelsen en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning och lärande. Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt även under 2023. 26 verksamheter har skrivit sina egna berättelser. Kvalitetsavdelningen har bidragit med att ta fram mallar genom att utveckla webbverktyget och sammanställa kvalitetsdata. Med utgångspunkt i dessa data har sedan alla verksamhetschefer, ofta tillsammans med kvalitetsombuden, analyserat sina resultat och tagit fram strategier för utvecklingsarbetet för 2024.

Driftområdesledningsgrupperna har utifrån verksamheternas mål och strategier tagit fram driftområdesövergripande handlingsplaner, vilka i sin tur ligger till grund för stiftelsens mål och strategier som beslutats av ledningsgruppen.

3.4 Fokusområden

Bräcke diakonis strategiska utvecklingsarbete styrs utifrån fyra fokusområden: *Diakoni i praktiken*, *Tillit och lärande*, *Stolta och engagerade medarbetare* och *Ansvar för gemensamma resurser*, där speciellt de tre första är tätt relaterade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. *Diakoni i praktiken* kopplar till det praktiska arbete som utförs för dem vi finns till för, utifrån deras behov. *Tillit och lärande* fokuserar på öppenhet, tillit och ett ständigt lärande och kunskapsutveckling. Vi vill ha *stolta och engagerade medarbetare* som är med och driver kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet framåt. Det är samtidigt viktigt att ta *ansvar för våra gemensamma resurser* så att vi får ut högsta möjliga kvalitet ur det vi gör.

3.5 Tillitsbaserad styrning

Bräcke diakoni arbetar mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Sedan tidigare har varje verksamhet identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

3.5.1 Stärka analys, lärande och utveckling

Under 2023 har arbetet med att utveckla månadsuppföljningar av kvalitetsmålen och kvalitetsindikatorer för verksamheterna tillsammans med kvalitetsavdelningen fortsatt. Syftet med månadsuppföljningar är att skapa samsyn och utbyta kunskap om verksamhetens resultat inom prioriterade områden. Att följa upp resultaten tillsammans ger dels möjlighet till fördjupad

analys och lärande, dels bidrar det till att lärdomar sprids mellan verksamheter. Kvalitetsavdelningen deltar likaså regelbundet i driftområdesledningsgrupper, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta relevanta frågor såsom avvikelser eller patient/brukarsäkerhet med alla chefer inom ett driftområde. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och ger lärande.

3.6 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling

Flera tvärprofessionella och tvärfunktionella team har satts samman för att ta vara på Bräcke diakonis breda kompetens och erfarenhet. Nedan följer några exempel:

3.6.1 Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för information från ledning och kvalitetsavdelningen, t.ex. MAS, MAR och utvecklingschef. Mötesplatsen är ett sätt för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt sprida information om aktuella nyheter och händelser inom stiftelsen. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patient- och brukarsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter etc. Mötesplatsen är en del av stiftelsens arbete med omvärldsbevakning och ger möjlighet till kunskapsspridning.

3.6.2 Patient- och brukarsäkerhetsråd

Utifrån att de vi finns till för ofta är personer som kan ses som både patient (enligt HSL) och brukare (enligt SoL/LSS), har vi identifierat behovet av ett gemensamt patient- och brukarsäkerhetsråd. Rådet har till uppgift att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen samt att öka kunskap om allvarliga missförhållanden och vårdskador. Rådet träffas minst sex gånger per år och består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef, vilket leder till en gemensam hög kompetens och stärker patient- och brukarsäkerhetskulturen.

3.6.3 Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetssätt som syftar till att bryta stuprörsstruktur och skapa samsyn. Olika grupper delar sina förväntningar på varandra och löser gemensamma problem utifrån olika områden, exempelvis har driftledningen och de olika stödfunktionerna förväntanssynk gällande ansvar och roller i olika tvärgående frågor. Förutom att minska risken för fel så har förväntanssynken också ökat samarbetet generellt inom stiftelsen och är en del av vår gemensamma kunskapsutveckling.

4 Systematiskt förbättringsarbete

4.1 Agera för säker vård och omsorg

För att kunna agera för säker vård och omsorg arbetar stiftelsen enligt nedan med riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och synpunkter och alla dessa källor bidrar med kunskaper om de förbättringsområden som verksamheterna behöver åtgärda.

4.2 Riskanalyser

4.2.1 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att vi ständigt arbetar för att stärka trygghet och säkerhet för dem vi finns till för, även om förutsättningarna runt oss förändras. Vi arbetar därför med att synliggöra fel och brister i organisationen för att stimulera och främja lärande av det som inträffar och vi förebygger brister genom att vara riskmedvetna och försöka ligga steget före, innan något allvarligt inträffar. Utifrån att vi skapar handlingsplaner och vidtar åtgärder som vi följer upp, säkerställer vi att risker minskar eller elimineras.

Arbetet med riskanalyser genomförs på olika nivåer i organisationen och de bedöms och hanteras enligt vedertagna arbetsätt och förankrade rutiner. Analyserna som sker på övergripande och verksamhetsnivå dokumenteras i ett gemensamt system vilket även möjliggör att vi kan aggregera resultat på olika nivåer. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och kunskapen om dessa bidrar till att vi är bättre förberedda om något oväntat skulle ske. Vården och omsorgen blir på så vis tryggare och säkrare.

I ledningsgruppen identifieras strategiska risker på organisationsnivå utifrån vad som sker i vår omvärld som kan komma att påverka oss som organisation och/eller våra verksamheter. Exempel på sådana risker har varit elbrist, pandemi och förhöjd terrornivå. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

4.2.2 Riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå

Samtliga vård- och omsorgsverksamheter genomför riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker och därigenom försöka förebygga allvarliga händelser och skador.

På individnivå används kvalitetsregister och andra typer av strukturerade mallar, men vissa verksamheter har även utformat egna mallar för riskanalyser på individnivå. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilde personens journal.

På verksamhetsnivå genomförs riskanalyser vid situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser eller vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetsätt eller vid organisationsförändringar.

4.3 Egenkontroll

4.3.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen, verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I 15 av årets kvalitetsdialoger har det även deltagit en patientrepresentant från *Forum Spetspatient*, en organisation med syfte att stimulera och stötta samhällets omställning från vård till hälsa med ett tydligt brukare-, patient- och närstående perspektiv⁸. Upplägget utvärderas i samarbete med forskare på Göteborgs universitet.

Kvalitetsdialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och synliggör verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samskapande och samverkan samt hållbarhet och miljö. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitetsmognad gemensamt bedöms utifrån en 3-gradig skala. Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2023 framkom behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och brandsäkerhet.



Figur 2. Kvalitetsårshjulet

Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftledning och driftområdesledning för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutveckling. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 2.

4.3.2 Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview

Bräcke diakoni använder sedan 2018 Kvalitetsanalys, en analysplattform i *Qlikview*, som ett viktigt verktyg för egenkontroll. Kvalitetsanalys kopplar ihop befintliga datakällor i ett gränssnitt och ger verksamheterna kontroll över sina kvalitetsresultat, möjliggör benchmarking med

⁸ [Forum Spetspatient](#)

andra liknande verksamheter inom organisationen och där det finns data, även med andra i landet. Kvalitetsanalys förenklar och bidrar till att fatta faktabaserade beslut och skapar ett driv för förbättringar i verksamheten. I Kvalitetsanalys finns i dag data från följande källor: Avvikelser från två olika datakällor (DF Respons och Treserva), nationella brukar- och patientenkäter (Kolada, Nationell patientenkät), nationella kvalitetsregister (Senior alert, Svenska Palliativregistret), data från vår interna Kvalitetsdialog, årliga mätningar på hygienkultur och våra strategiska fokusområden, se nedan.

4.3.3 Externa revisioner och granskningar

Under 2023 har flera av våra verksamheter rutinemässigt reviderats externt av beställare, främst genom avtalsuppföljningar. Vidare så granskade Apoteket AB vår läkemedelshantering. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året även genomfört sin årliga frekvenstillsyn av vårt barn- och ungdomsboende. De externa revisionerna gav värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens.

4.3.4 Övriga datakällor

För att utveckla verksamheten använder Bräcke diakonis verksamheter information och data från följande källor:

Brukar-/patient-/kundundersökningar

- Socialstyrelsens och SKRs nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet samt nationella patientenkäten inom primärvården.
- Specialpedagogiska skolmyndighetens (SPSM) nationella undersökningar
- Patientundersökningar i VGR för externa rehabiliteringsprogram

Nationella och regionala kvalitetsregister

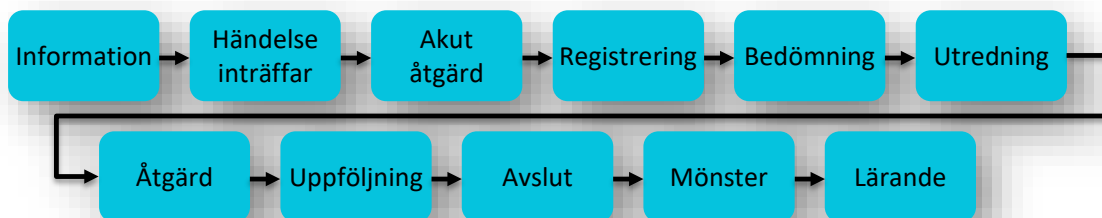
- Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Luftvägsregistret, Nationella Diabetesregistret, Svenska demensregistret, Primärvårdskvalitet, BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros), CPUP (för patienter med diagnos CP),
- STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens)
- MUNIN och HUGIN (Västra Götalandsregionens uppföljning av primärvård och primärvårdsrehab).

4.4 Avvikelsehantering

4.5 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

I enlighet med SOSFS 2011:9 hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi arbetar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om avvikelsehantering och rapporterar både hälso- och sjukvårdsavvikelser och sociala avvikelser digitalt. Alla medarbetare har även en skyldighet att rapportera avvikelser till närmsta chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga avvikelser sker utredning genom en systematisk händelseanalys av bakomliggande orsaker. Verksamhetschef ansvarar för utredning av avvikelser, där kvalitetsavdelningen kopplas in vid behov. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att

dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förbyggande åtgärder för att förhindra upprepning. Kvalitetsavdelningen sammanställer statistik från avvikelssystemen och hjälper verksamheterna att initiera utvecklingsinsatser för att minska och förebygga fel och brister. Sammanställningar och analyser av samtliga avvikelser hjälper verksamheten att se mönster och/eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, samt vidta åtgärder för att förhindra och förebygga att dessa inträffar igen. Processen för avvikelshantering presenteras i ledningssystemet så här:



4.5.1 Lex Maria

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

4.5.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför det hände och vad som behöver göras för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

4.6 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter från de vi finns till för eller närstående m.fl. är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Blanketten "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 formuläret [Tyck till](#) på vår hemsida

Information om möjligheten att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetschefen återkopplar ärenden till anmälaren muntligt eller skriftligt. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

4.7 Förbättringsarbete

Förbättringskraft är Bräcke diakonis gemensamma plattform för ett systematiskt förbättringsarbete och består av ett verksamhetsnära stöd för att utveckla verksamheten samt ett nätverk för processledare. Förbättringskraft skapar lärande med hjälp av mätbara framsteg som ökar värdet för patienter och brukare och för medarbetare. Bräcke diakoni har i över 10 år arbetat med Förbättringskraft som utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*⁹ samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling* och *hörnstensmodellen*¹⁰.

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllelse i förbättringsarbetet och träffen avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period. Arbetet utgår från ett teamuppdrag som baseras på identifierade behov utifrån stiftelsens fyra fokusområden. Medarbetare utbildas till rollen som processledare och leder då teamens förbättringsprocess. På så sätt sprids förbättringskunskap inom organisationen.

⁹ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

¹⁰ [Bergman, B och B. Klefsjö: Kvalitet – från behov till användning.](#)

5 Kunskap och kompetens

Varje verksamhet ansvarar för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. Som en del av att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildning för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer tar särskilt upp frågor kring systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Internutbildningar erbjuds alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Interna webbutbildningar med kunskapstester inom AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik samt miljö och hållbarhet.
- Vissa verksamheter erbjuder även interna utbildningstillfällen till den egna och övriga verksamheter inom Bräcke diakoni.
- Externa utbildningar används för i verksamheternas kompetensutveckling. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

5.1 Forskningssamverkan

Bräcke diakoni är en kunskapsaktör som med forskning vill bidra till ett medmänskligare samhälle och skapa värde för dem som vi finns till för. Som hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre forskningsområden med inriktning mot idéburen välfärd:

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

Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällesfrågor med konkreta forsknings-samarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett gemensamt arbete kring äldre, palliativ vård, funktionsnedsättningar, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

Inom ramen för detta samarbete har vi också utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

I samarbete med Göteborgs universitet och med stöd från Forte bedriver vi ett forskningsprojekt kring evidensbaserad inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur

evidensbasering kan omsättas i vårdens och omsorgens vardag av personer som inte genom sin utbildning är akademiskt skolade.

För att stärka patienters och brukares involvering i vården och omsorgen pågår också ett forsknings- och utvecklingsarbete om samskapande. I en kartläggning i Bräcke diakonis verksamheter framkom att medarbetarna är motiverade att samskapa men behövde ett förbättrat stöd för att öka samskapandet i praktiken. Vi har nu integrerat samskapande tydligare i vårt kvalitetsarbete, bland annat genom att anpassa Förbättringskraft och förtydliga samskapande i kvalitetsdialogen, policyer och rutiner.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), strategiskt ledarskap och styrning samt evidensbaserad praktik.

6 Samskapande och samverkan

Både samskapande, dvs vård, omsorg och utvecklingsarbete som görs tillsammans *med* patienter/brukare, och samverkan, såväl internt som mellan olika aktörer, är centrala delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och viktiga pusselbitar i att förebygga vårdskador och missförhållanden. På Bräcke diakoni genomförs samskapande och samverkan på följande sätt:

- **Samskapande med brukare/patienter och närstående** utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och dennes behov. Ett kontinuerligt arbete pågår för att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.
- **Samverkan inom Bräcke diakoni** där bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen, mellan medarbetare och våra olika verksamheter.
- **Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare** där vi t.ex. deltar i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boendet, skola och det egna hemmet. För att förebygga vårdskador har vi läsbehörighet till andra vårdgivares journalsystem, vilket underlättar kommunikation och stärker patientsäkerheten. Samverkan sker på olika nivåer, exempelvis på individnivå genom SIP och på verksamhetsnivå med brukar- och patientorganisationer, kommuner eller hemhabiliteringar.
- **Samverkan med andra samhällsaktörer** sker med många olika organisationer utifrån avtalad vård och omsorg, men även med patient/brukarorganisationer utifrån vårt innovations- och utvecklingsarbete. Genom samverkan med Forum Spetspatient har vi under 2023 haft en patientrepresentant som deltagare i 15 av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.
- **Forsknings-samverkan** genomförs likväl för att utveckla vår kompetens och våra verksamheter, som för att bidra till ny kunskap. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), styrning och ledning samt evidensbaserad praktik.

7 Informationssäkerhet

Under 2023 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys
- Fortsatt arbetet med egenkontroll för informationssäkerhet
- Beslutat om och spridit information om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från driftledningen, kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd
- Träffats för möten minst 6 gånger under året

8 Hållbarhet

Bräcke diakoni har länge arbetat med social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet och integrerar hela tiden de tre hållbarhetsperspektiven ytterligare. Vi ser att de är sammanflätade, och påverkar varandra. Till exempel ger god hållbar utveckling ur sociala och ekonomiska perspektiv goda resultat för miljöarbetet. De går även utmärkt att kombinera, såsom att vår arbetsintegrering hanterar cirkulering av möbler för flertalet verksamheter, vilket även sparar pengar och därmed gynnar alla tre perspektiv.

Vi skriver varje år en hållbarhetsrapport som finns tillgänglig på Bräcke diakonis [websida](#), där vi kopplar vårt arbete till Agenda 2030. Fram till 2022 har vi arbetat utifrån ISO 26000 och deras riskanalyser men under 2023 har vi börjat anpassa oss till EUs hållbarhetsdirektiv *Corporate Sustainability Reporting Directive* (CSRD) och de nya europeiska standarderna ESRS¹¹. Social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet ligger väl i linje med vår vision och värdegrund.

I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår interna webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomförs regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Vi jobbar mot att hållbarhetsperspektiven ska sammanflätas ännu tydligare i verksamheterna vilket kommer att betyda förändringar i arbetssätt och organisation. Ett möjligt exempel är att våra miljöombud blir hållbarhetsombud och får ett bredare perspektiv i sin roll, där ett steg under 2023 har varit att tydligt inkludera sociala och ekonomiska aspekter i verksamhetens värdekedja.

8.1 Social hållbarhet

Social hållbarhet handlar till stor del om välbefinnande, rättvisa, makt, rättigheter och individens behov. Hit kopplas exempelvis vårt arbete med jämställdhet, arbetsmiljö och patient- och brukarsäkerhet.

Vår utgångspunkt är att jämställdhet 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.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål. För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningssatsningar – regelbundet och på alla nivåer och som en del i hållbarhets- och miljöutbildningen
- Jämställdhet och mångfald är en del av nyanställdas introduktionsutbildning
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald.
- Jämställdhet och mångfald är en del av medarbetarsamtalet

¹¹ [European Sustainability Reporting Standards \(ESRS\)](#)

8.2 Ekologisk hållbarhet

Vi är sedan 2005 miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas och följer de krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma. Det är en tydlig trend att specifika miljökrav skrivs in i nya verksamhetsavtal och att kraven ökar över tid. Stommen i Bräcke diakonis miljöorganisation består av en hållbarhets- och miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi arbetar systematiskt med att minska vår miljöpåverkan och bedriver även positiv miljöpåverkan genom att informera och involvera de vi finns till för i miljöarbetet. Vårt miljöarbete sammanfattas in en särskild miljöberättelse.

8.3 Ekonomisk hållbarhet







Ekonomisk hållbarhet handlar om att använda, vårda och underhålla resurser (mänskliga och materiella) för att skapa långsiktigt hållbara värden men även att motverka oegentligheter som mutor och korruption. Som icke-vinstdrivande organisation återinvesterar vi vår vinst i verksamheten och genom såväl policyer som uppförandekod arbetar vi även aktivt mot korruption och mutor både i de egna verksamheterna och i leverantörsledet.

9 Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete

I följande avsnitt presenteras resultaten av Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patient-säkerhetsarbete.

9.1 Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2023

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2023 på följande kvalitetsmål och strategier:

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Utveckla stöd för samskapande.	<ul style="list-style-type: none"> Beskrivning av olika sätt att arbeta med patient/brukarmedverkan i hela stiftelsen framtagen. 15 kvalitetsdialoger genomförda med spetspatienter/brukare 	<ul style="list-style-type: none"> Se över befintlig projektplan Vidareutveckla samskapande arbetssätt/metoder inom ramen för kvalitetsnätverket Utveckla utvärdering av kvalitetsdialog med patient/brukarfokus 	<ul style="list-style-type: none"> Flera nätverksträffar kring patientmeverkan 15 kvalitetsdialoger genomfördes tillsammans med spetspatienter Göteborgsuniversitet utvärderar kvalitetsdialoger 	80% 
Stolta och engagerade medarbetare Tillit och lärande	Synliggöra förbättringar	<ul style="list-style-type: none"> Struktur för att dokumentera och synliggöra förbättringsarbeten ska finnas Genomföra Kunskapsarena för förbättringsarbeten 	<ul style="list-style-type: none"> Skapa modeller för dokumentation av förbättringar på olika nivåer 	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentationsmallar finns Kunskapsarena genomfördes där förbättringar presenterades 	100% 
Tillit och lärande	Införa och sprida nya modellen för riskanalyser	<ul style="list-style-type: none"> Risikanalyser har genomförts i ledningsgruppen (LG), driftledningsgruppen (DLG), driftområdesledningsgrupperna (DOLG) och alla stödfunktioner 	<ul style="list-style-type: none"> Introduktion till och stöd i det nya arbetssättet. 		100% 
Tillit och lärande	Upprätthålla en god avvikelsekultur	<ul style="list-style-type: none"> Vända nedåtgående avvikelserapportering i enskilda verksamheter Öka andelen mindre allvarliga avvikelser 	<ul style="list-style-type: none"> Stöd i DOLG att analysera aktuell avvikelsestatistik Förtydliga avvikelser i chefsintro 	<ul style="list-style-type: none"> Andelen mindre allvarliga avvikelser har ökat i fyra av fem driftområden Riktade insatser på relevanta verksamheter genomfördes 	100% 
Tillit och lärande	Genomföra återkommande kvalitetsuppföljning på verksamhetsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsuppföljningar i gång inom minst 50% av alla verksamheter minst 4 gånger per år Alla nystartade verksamheter har gått genom en uppstartsdialog 	<ul style="list-style-type: none"> Bredda piloten med kvalitetsuppföljningar för fler verksamheter Informera och förankra arbete i DOLG och DLG Implementera minidialog i nya verksamheter Fortsätt med kvalitetsgranskning i utvalda verksamheter 	<ul style="list-style-type: none"> Alla nya verksamheter har genomfört en uppstartsdialog Månadsuppföljningar har utvecklats och breddinlämnats under 2024 	75% 
Ansvar för gemensamma resurser	Effektivisera samverkan mellan stödfunktioner och driften	<ul style="list-style-type: none"> Ha genomfört förväntanssynk med alla stödfunktioner 	<ul style="list-style-type: none"> Planera och genomföra förväntanssynk med drift och fastighet samt kommunikation Följa upp tidigare förväntanssynkar 	<ul style="list-style-type: none"> Förväntanssynkar har genomförts med driften; HR, och välfärdsstrategier inplanerad i början av 2024 Kvalitet är representerad i alla driftområdesledningsgrupper 	75% 





Tabell 1. Måluppfyllelse av verksamheternas kvalitetshandlingsplaner.

Driftområde	Diakoni i praktiken	Stolta och engagerade medarbetare	Tillit och lärande
Funktionsstöd	88	100	100
Primärvård	58	83	83
Rehab & specialistvård	71	88	100
Vård & omsorg för äldre	96	96	89
Vård & omsorg i hemmet	60	100	43

Störst måluppfyllelse finns i fokusområde *Stolta och engagerade medarbetare* inom alla driftområden (Tab. 1).

9.2 Driftområdesspecifika insatser

9.2.1 DO Funktionsstöd

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Vi har nöjda brukare	<ul style="list-style-type: none"> Bättre resultat än 2022 i SKR:s mätning och andra mätningar framtagna 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Följa framtagna handlingsplaner utifrån 2022 års mätningar 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har följt handlingsplaner och i några verksamheter höjt svarsfrekvensen medan andra har sänkt. Resultatet är ungefär som tidigare. Alla har inte resultat att jämföra med. 	75% 
Stolta och engagerade medarbetare	Våra arbetsplatser är attraktiva och fria från trakasserier.	<ul style="list-style-type: none"> OSA-enkät för arbetsmiljö 	<ul style="list-style-type: none"> Arbete med SAM. Genomföra planerad aktivitet på APT tillsammans med HR. 	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitet med HR genomförd i alla verksamheter. Medarbetarenkäten visar att trakasserier fortfarande förekommer 	0% 
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	<ul style="list-style-type: none"> Träffsäkra och långsiktiga prognoser 	<ul style="list-style-type: none"> Uppföljning med controller och DOC månadsvis 	<ul style="list-style-type: none"> Uppföljningar har genomförts. Som helhet har DO ekonomi i balans. 	100% 
Tillit och lärande	Våra verksamheter tar emot en student och ingår i forskningssamarbeten	<ul style="list-style-type: none"> Har tagit emot student Antal forsknings-samarbeten 	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt med GU Samarbete med MCS högskola och GU. 	<ul style="list-style-type: none"> DO har haft 2 studenter från socionomprogrammet. Forsknings-samarbete med GU och MCS genomfört. 	100% 





9.2.2 DO Primärvård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Stolta och engagerade medarbetare	Att erbjuda en attraktiv arbetsplats med en hållbar arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none"> Mentimätning 	<ul style="list-style-type: none"> Bräckedagar, arbeta aktivt med SAM 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har under året gjort en mentimätning i varje verksamhet på APT. 	75% 
Tillit och lärande	Minst två nätverksgrupper igång på området	<ul style="list-style-type: none"> Antal nätverksgrupper som träffas regelbundet 	<ul style="list-style-type: none"> Bjuda in medarbetare att delta i gruppen samt låta dom ta fram ett arbetssätt. 	<ul style="list-style-type: none"> Vi är igång med våra nätverksgrupper 	100% 
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	<ul style="list-style-type: none"> Alla vårdcentraler håller budget och vi vet vad vi behöver göra för att få en budget i balans 2024 på de vårdcentraler som har en minusbudget 2023. 	<ul style="list-style-type: none"> Alla vc presenterar sitt resultat på LG. Vi ska göra en prognosbudget för 2024 med tillhörande aktivitet för Vilan och Nyhälsan. 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har kraftiga underskott på Nyhälsan och Lokstallarna. Vi håller på med åtgärder för dessa vårdcentraler 	50% 
Diakoni i praktiken	Fler patienter väjer oss som sin vårdcentral	<ul style="list-style-type: none"> Listningen 	<ul style="list-style-type: none"> Marknadsföringsplan 	<ul style="list-style-type: none"> Alla verksamheter har en marknadsföringsplan som är framtagen tillsammans med kommunikationsavdelningen. 	100% 




9.2.3 DO Rehab och specialistvård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Tillit och Lärande Digitalisering	Erbjuda digitala tjänster till vår målgrupp	<ul style="list-style-type: none"> Tre digitala tjänster erbjuds inom Rehab. 	<ul style="list-style-type: none"> Fördjupat oss i aktuella system för digitalisering. Vi har valt system och har tagit fram en plan för implementering av det. 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har genomfört en analys över aktuella system, valt system och tagit fram en plan för implementering. 	100% 
Ansvar för gemensamma resurser Ekonomi i balans	Öka omsättningen	<ul style="list-style-type: none"> Enligt budget 	<ul style="list-style-type: none"> Genomföra marknadsföringskampanj via sociala medier för utvalda verksamheter inom Rehab. 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har genomfört riktade marknadsföringskampanjer för våra Rehabmottagningar och Rehabcentra. 	100% 
Stolta och delaktiga medarbetare	Hållbart Ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> 80% nöjdhet 	<ul style="list-style-type: none"> Handlingsplaner med förbättringspunkter utifrån resultatet från medarbetarenkäten. 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har tagit fram förbättringsplaner för alla verksamheter inom driftområdet. 	100% 

DO Vård och omsorg i hemmet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Öka registreringen av sociala avvikelser och identifierade risker	<ul style="list-style-type: none"> Antalet sociala avvikelser och identifierade risker 	<ul style="list-style-type: none"> Regelbunden återkoppling och dialog på LG-möten och Verksamhetsuppföljning. 	<ul style="list-style-type: none"> Antal avvikelser ökade ordentligt i början av 2023 och har fortsatt ligga på en högre nivå än tidigare år. 	100% 
Stolta och engagerade medarbetare	Ökad hälsa och behålla medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> Sjukfrånvaro och omsättning av personal 	<ul style="list-style-type: none"> Starta Rekryterings- och bemanningsenhet för att ge utrymme för VC att arbeta med sin personalgrupp. Lyfta det organisatoriska perspektivet. Employer branding 	<ul style="list-style-type: none"> Rekryteringsenhet har inrättats under HR-avdelningen och rekryterare har anställts. Employer branding pågår som ett aktivt arbete med stöd av HR och kommunikationsavdelningen 	100% 
Tillit och lärande	Godkänd social dokumentation		<ul style="list-style-type: none"> Identifiera arbetsätt som ökar måluppfyllelse 	<ul style="list-style-type: none"> Ej genomfört 	0% 
Ansvar för gemensamma resurser	Ökad förståelse för ekonomi och bemanningsstrategier i förhållande till uppdraget hos samordnare och planerare som är de som är närmast bemanning och insatsplanering/beläggning.	<ul style="list-style-type: none"> Personalkostnad i % av intäkt 	<ul style="list-style-type: none"> Bjuda in samordnare/planerare till veckouppföljningar och ge större ansvar och kompetensutveckling i uppföljning och strategier för bemanning i förhållande till uppdrag. 	<ul style="list-style-type: none"> Veckouppföljningar har inte varit möjliga att genomföra som planerat pga hög arbetsbelastning i verksamheterna. Periodvis har det varit möjligt men mätvärdet har legat still på 83% och inte sjunkit som budgeterat. 	25% 

9.2.4 DO Vård och omsorg för äldre

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Kommentar	Måluppfyllelse
Tillit och lärande	Nöjda boende med inflyttningsprocessen	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % av boende som flyttar in ska uppleva en bra inflyttningsprocess 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeta utifrån Mälardalens rutin inflyttningsprocess. • Akademiska boendet följs processen av en forskare. • Uppföljning vid varje inflyttning. • Sammanställning 2ggr/år 	<ul style="list-style-type: none"> • Pågår, utbildning klar, Nu säkerställa att rutinen följs i verksamheterna. Eftersom detta är ett nytt arbets sätt så kommer det ta 3-5 år tills det sitter helt i våra verksamheter. 	75% 
Stolta och engagerade medarbetare	Fungerande teamarbete inom verksamheterna	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsdialog 	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetsuppföljning 1 gång/månad mellan DOC och VC 	<ul style="list-style-type: none"> • 2024 kommer vi planera in på schema, driftområdets superuser så att denne kommer regelbundet följa upp dokumentationsombuden i respektive verksamhet samt utbilda dem till superuser. Det finns förbättringspotential att tydliggöra teamet i dokumentationen "den röda tråden" från HSL till SoL 	85% 
Diakoni i praktiken	Följsamhet i att erbjuda egen tid, utevistelse och aktivitet efter den äldres behov	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % följsamhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Förbättringsarbete hur följsamheten (arbetsättet) håller över tid. Följs upp via dokumentationsgranskning 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansökt stimulansmedel för detta projekt och beviljades en småskalig summa 202311. 2024 startar förbättringsteam med fokus ofrivillig ensamhet där egentid/utevistelse/aktivitet kan flätas samman. 	75 % 
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomisk medvetenhet	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatuppföljning 	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomiuppföljningar Veckovis, månadsvis 		100% 
Stolta och engagerade medarbetare	Hälsofrämjande arbetsplats	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukfrånvaro 	<ul style="list-style-type: none"> • ACT, hjärnkraft och reflektion. Verksamhetsuppföljning 1 gång/månad mellan DOC och VC 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvärderat ACT, hjärnkraft och reflektion. Reflektion har haft bäst resultat och positivt för verksamhetens medarbetare. ACT fick motsatt effekt och appen hjärnkraft är ej användarvänligt. • Korttidssjukfrånvaron sjunker och ligger stabilt under 2023. Fortsätter 2024 med reflektionshandledarna med fördjupning via ST.Lukas. 	100 % 

9.3 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2023 har vi fokuserat på att utbilda processledare och starta nya förbättringsteam framförallt i ledningsgrupper på olika nivåer. I dagsläget har 12 utbildade processledare uppdrag och är aktiva, ytterligare 11 utbildade processledare finns i organisationen och har planerade uppdrag eller bidrar med kunskap i sin egen verksamhet. Det finns 14 aktiva förbättringsteam på ledningsnivå samt 2 verksamhetsteam och 4 nätverksteam som arbetar verksamhets- eller stödfunktionsövergripande.

9.4 Kvalitetsdialog

Område	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,7	2,7	2,6
2. Riskanalyser	2,9	2,8	2,8
3. Avvikelsehantering	3,0	2,6	2,7
4. Egenkontroll	2,8	2,7	2,8
5. Kunskap och kompetens	2,8	2,9	2,8
6. Samverkan	2,3	2,5	3,0
7. Hållbarhet och miljö	2,6	2,5	2,4

Tabell 2. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

Hållbarhet och miljö är ny för årets dialog vilket kan förklara att verksamheterna behöver stöd i att hitta arbetssätt. *Samverkan* innehåller ett antal nya frågor och frågor där kraven för att få ett godkänt resultat höjts.

9.5 Avvikelser

9.5.1 Antal avvikelser och synpunkter

Tabell 3. Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2021 – 2023.

Driftområden	2021	2022	2023
Funktionsstöd	1 451	730	737
Primärvård	488	352	504
Rehab och specialistvård	424	464	366
Vård och omsorg i hemmet	975	947	1 699
Vård och omsorg för äldre	579	512	445
Övriga	19	9	17
Antal avvikelser per år	3936	3014	3 768
Avvikelser per helårsarbete	5,1	3,2	4,6
Antal synpunkter	388	290	237

Inom primärvården ser vi en ökning av antalet avvikelser efter en nedgång under 2022 vilket är positivt då vi tror att det finns fortfarande en del underrapportering (Tab. 3). Inom Rehab och specialistvård har antalet avvikelser minskat vilket beror på att en verksamhet lagts ned under året och en av verksamheterna var stängd under 2 månader. Inom Vård och omsorg i

hemmet ses en kraftig ökning av antalet avvikelser vilket beror på att området utökades med flera verksamheter under året. Nyckeltalet Avvikelse per helårsarbete har ökat igen till en nivå som är närmare 2021-års resultat vilket är positivt då en hög avvikelserapportering visar en sund avvikelsekultur.

9.5.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under 2023 har 65 utredningar genomförts enligt lex Sarah och lex Maria samt 6 utredning om personuppgiftsincidenter enligt Dataskyddsförordningen. Av dessa har 18 ärenden anmälts till IVO samt 2 till Integritetsskyddsmyndigheten (Tab. 4). Det är en ökning av antalet utredningar, en ökning som också ses i det totala antalet avvikelser.

Tabell 4. Antal allvarliga avvikelseärenden inom Bräcke diakoni under 2021 – 2023 som har utretts respektive anmälts till myndighet i enlighet med gällande regelverk.

Lex Maria	2021	2022	2023
Utredningar	41	29	19
varav risker för vårdskada	3	3	2
varav vårdskador	3	2	7
Anmälda till IVO	6	5	9
Lex Sarah	2021	2022	2023
Utredningar	45	13	46
varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	1	0	5
varav allvarliga missförhållanden	5	2	4
Anmälda till IVO	6	2	9
Medicintekniska produkter	2021	2022	2023
Utredningar	3	1	0
Anmälda till Läkemedelsverket	2	1	0
Personuppgiftsincidenter	2021	2022	2023
Utredningar	15	12	6
Anmälda till Integritetsskyddsmyndigheten	6	5	2

IVO har avslutat 4 lex Sarah-ärenden med bedömningen att huvudmannen ”har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med LSS och SoL. Av 9 lex Sarah ärenden handläggs fortfarande 4 av IVO, samtliga anmäldes i slutet av året eller i början av 2024.

Vid närmare analys av det som inträffat synliggörs vissa återkommande mönster. I lex Sarah-ärendena handlar de vanligaste utredningarna om försummelser i tillsyn (utebliven/otillräcklig tillsyn eller uppsikt), 24% eller försummelser av insatser (görs inte enligt rutin eller utförs felaktigt), 20%. Därefter kommer utredningar som rör misstänkt stöld, 15%.

Orsakerna till det inträffade härleds till otillräcklig uppföljningen av rutiner (15%), bristande kompetens (både hos personal och chef) (15%) samt otillräcklig organisering (ansvar och roller och fördelning av personal) (15%). Noterbart är även att andelen utredningar där händelseförloppet inte har gått att klargöra och därmed inte kunnat identifiera bakomliggande orsaker utgjort 24% av alla genomförda utredningar. Orsaker till detta är att de misstänkta stölderna i alla fall utom ett, inte har kunnat fastställas vad som skett samt flera andra utredningar där ord stått mot ord kring vad som skett.

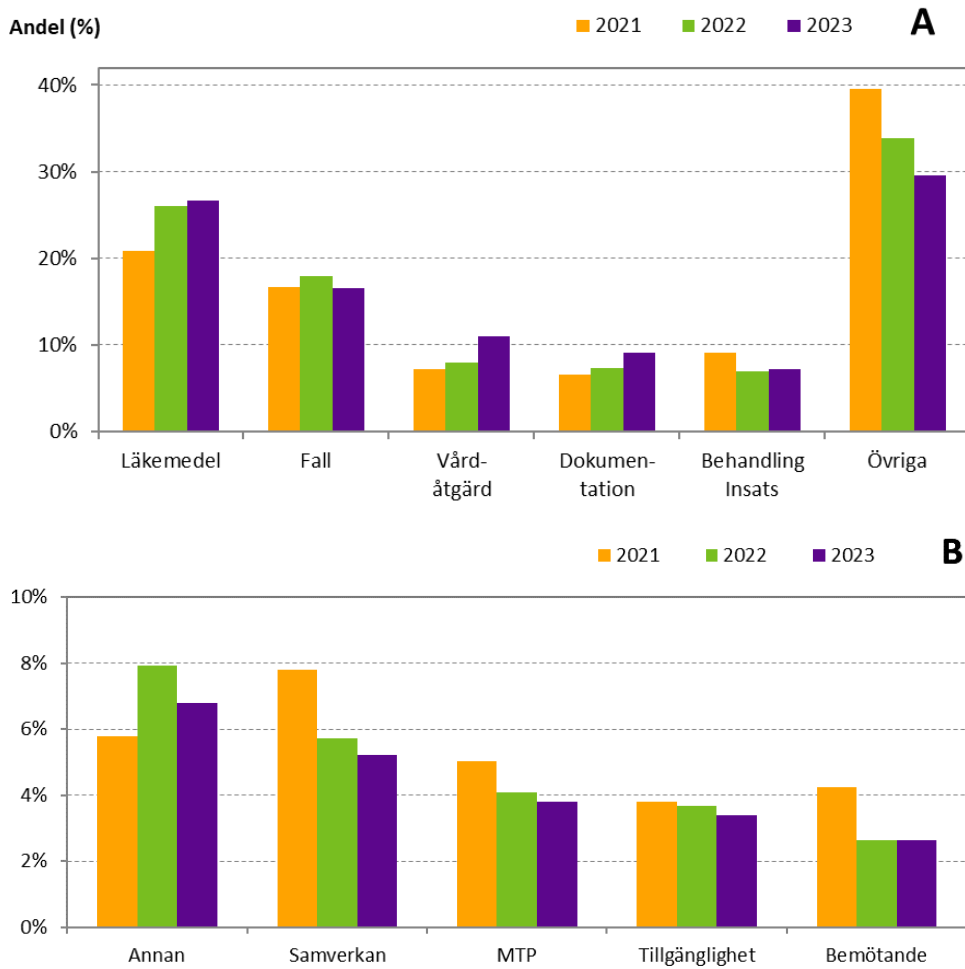
IVO har avslutat 4 lex Maria anmälningar med bedömningen ”IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder”, de övriga lex Maria anmälningarna handläggs fortfarande av IVO. Vid analys av lex Maria anmälningar framkommer att 3 kan härledas till

felaktiga medicinska beslut och handlar om fördröjd diagnos. Två anmälningar berör missad information i journal eller där man inte använt den information som funnits tillgänglig, två av anmälningarna berör rutiner som varit kända och nedskrivna men som inte följts. En anmälan berör rutiner kring studentnärvaro på vårdcentralen och en berör olovligt journalinträng till stort men för patienten.

Antalet lex Maria anmälningar ökar och kan härleds till ett bra avvikelsesystem och en kultur där vi fångar upp det som sker. I de samtal som förts med företrädare för IVO och i den återkoppling vi får på våra inskickade anmälningar är responsen att det är adekvata ärenden som vi skickar in och där vi i de flesta fall har fullgjort vårt utrednings och åtgärdsansvar.

Antalet utredningar och anmälningar om Personuppgiftsincidenter minskar, att antalet utredningar minskar kan ha flera orsaker, dels har åtgärder inom informationssäkerhetsarbetet och lärdomar av tidigare incidenter ökat kunskaperna inom organisationen och de avvikelser som rapporteras om bruten sekretess är idag oftare tydligare skrivna och innehåller mer information vilket innebär att en utredning inte behöver startas för att sedan avslutas. Att antalet anmälningar går ner kan också vara resultat av ett intensifierat arbete med informationssäkerhet inom stiftelsen.

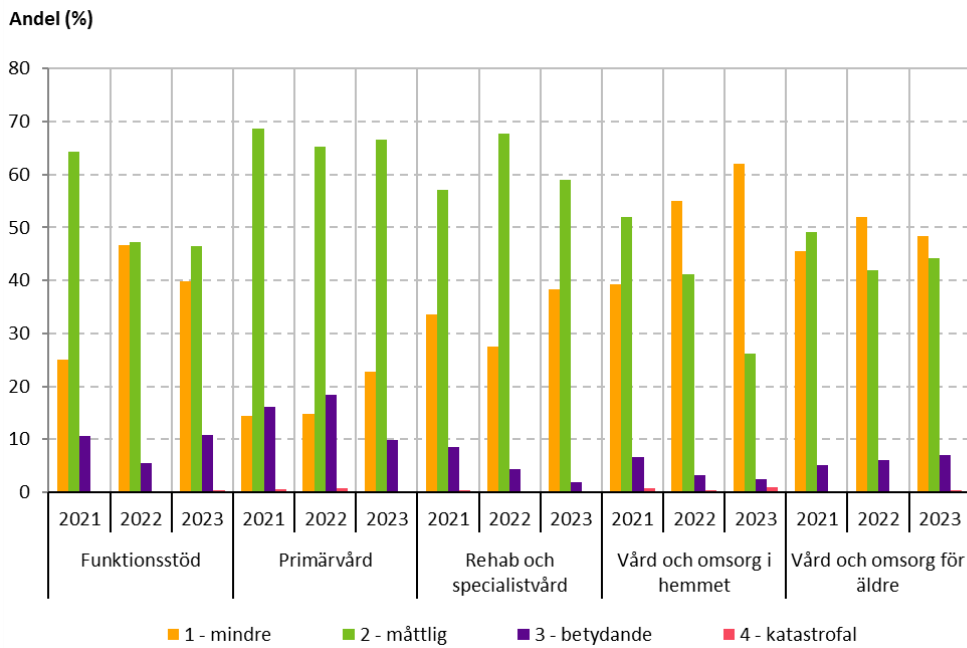
9.5.3 Avvikelse typer



Figur 3. Andel av de vanligaste avvikelse typerna under 2021-2023 (A). Övriga avvikelse typer (> 2 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

Andelen av avvikelserna som kategoriseras som Annan minskar vilket är bra då det underlättar analys och lärdomar om avvikelser kan kategoriseras under typ av avvikelse (Fig. 3). Andelen läkemedelsavvikelser ökar, stiftelsen har påbörjat ett arbete med att använda digital signering vilket förhoppningsvis kan påverka denna typ av avvikelser.

9.5.4 Allvarlighetsgrad

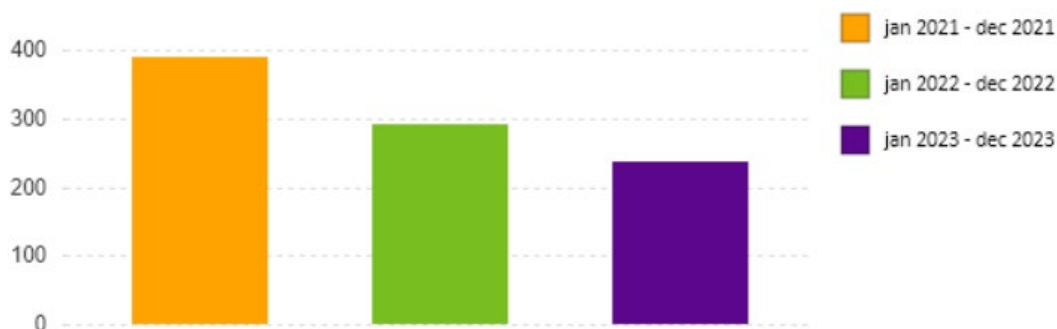


Figur 4. Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och driftområde inom Bräcke diakoni under 2021–2023. Data från DF Respons och Treserva.

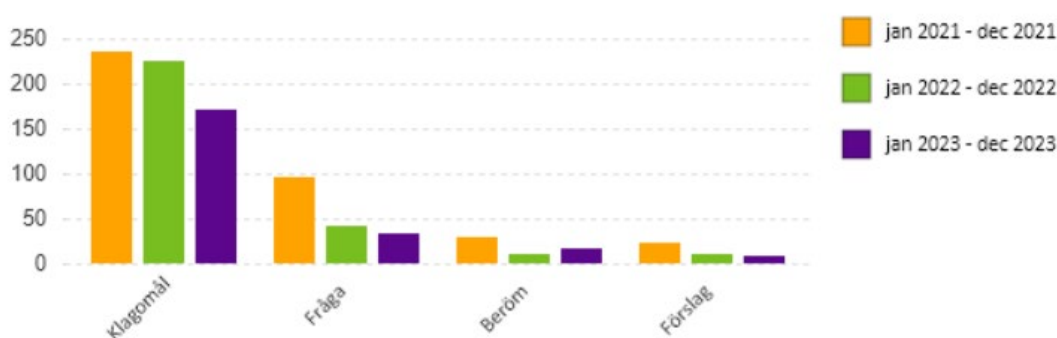
I Figur 4 ser vi att andelen mindre allvarliga avvikelser (1-2) har ökat i fyra av fem driftområden, i 3 av 5 driftområden minskar även de allvarliga avvikelserna. Även detta kan ses som en positiv trend då den visar att vi är tidigare på att uppmärksamma brister innan de blir för allvarliga.

9.6 Synpunkter och klagomål

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 5. Antal synpunkter

Antalet synpunkter minskade under 2023 ytterligare vilket tros beror på en allmän minskning från höga värden 2021 på grund av pandemirelaterade frågor (Fig. 5).

9.7 Patient/brukarupplevelse av våra insatser

Hur de vi finns till för upplever våra insatser är en väldigt viktig kvalitetsindikator. Upplevelsen av insatser mäts i olika nationella brukarundersökningar beroende på verksamhetsgrupp och presenteras som *andel positiva svar* i relevanta indikatorer. Vilka indikatorer som är relevanta skiljer sig alltså beroende på nationell undersökning och verksamhetsgrupp (Tab. 5).

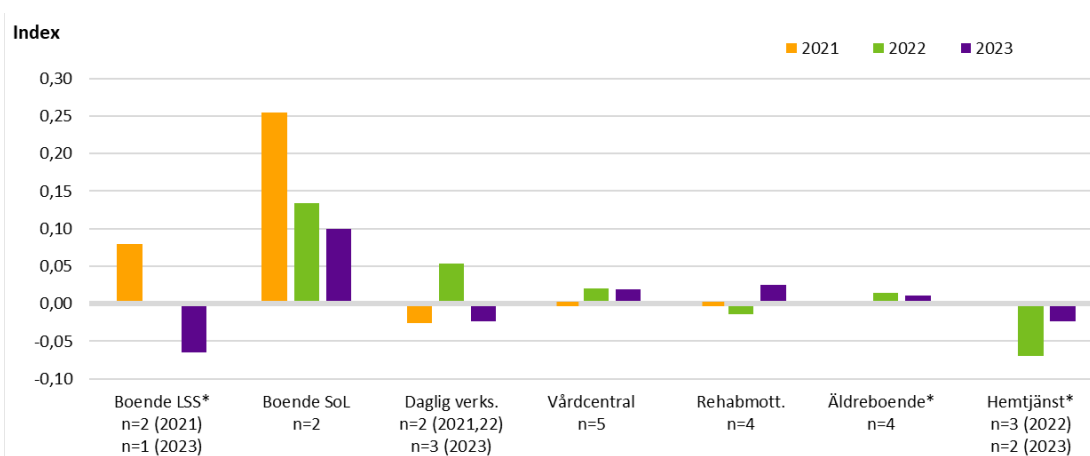
Tabell 5. Indikatorer från olika brukarundersökningar som används i beräkningen av ett index för den samlade patient/brukarupplevelsen.

Indikator	Verksamhetsgrupp				
Bemötande					
Helhetsintryck	Äldreboenden	Hemtjänst			Primärvård
Trygghet					
Förtroende för personalen			Daglig verksamhet	LSS Boenden	SoL Boenden
Omtanke					
Rätt stöd					
Respekt/Bemötande					
Tillgänglighet					Primärvård
Delaktighet/Involvering					

För att kunna jämföra våra verksamheter med varandra har vi beräknat ett medelvärde av de relevanta indikatorerna för Bräcke diakonis olika verksamhetsgrupper. Varje medelvärde har

delats med medelvärdet av samma indikatorer inom samma verksamhetsgrupp för hela Sverige. På det sättet får vi ett index där vi kan jämföra olika verksamhetsgrupper och samtidigt har rikssnittet som referens. Ett positivt värde (>0) visar att våra verksamheters insatser upplevs bättre än genomsnittet i Sverige och ett negativt värde (<0) att de upplevs sämre än snittet. Indexet är ett mått för det vi kallar för *Diakoni i praktiken* eftersom vår diakonala värdegrund har fokus på behoven hos våra brukare, patienter, gäster eller deltagare.

I Figur 6 kan vi se att inom verksamhetsgrupperna Boende SoL, Vårdcentral, rehabmottagning och Äldreboenden så värderar de vi finns till för våra insatser högre i förhållande med jämförbara verksamheter, där speciellt rehabmottagningar visar på stor förbättring jämfört med tidigare år. Daglig verksamhet, Boende LSS och Hemtjänst ligger lägre än jämförbara verksamheter där hemtjänsten dock har förbättrats tydligt sedan förra året.



Figur 6. Översikt över brukar/patientupplevelsen med hjälp av vårt index Diakoni i praktiken. Värdet 0 (grå linje) anger medelvärdet i Sverige för respektive verksamhetsgrupp. n anger antal verksamheter i respektive grupp. *Under 2021 gjordes inga nationella brukarundersökningar inom hemtjänst och äldreboende och under 2022 hade vårt LSS-boende för få boende för att medverka. Under 2023 är våra hemtjänstverksamheter i Linköping inte medräknade eftersom brukarundersökningen genomfördes mitt i en verksamhetsövergång och därmed inte enbart representerar Bräcke diakonis insatser.

9.7.1 Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

Patient- och brukarsäkerhetsrådet påbörjade under 2023 en analys av stiftelsens patient- och brukarsäkerhetsarbete där följande prioriterade områden har synliggjorts:

- Mätning och sammanställning av information om vårdskador i vårdens övergångar
 - Det finns möjlighet att ta ut statistik ur de olika system som används i verksamheterna men vi har idag ingen komplett bild av hur detta ser ut.
- Minimering av effekter av negativa händelser
 - Det finns behov för att få ett systematiskt arbetssätt. Idag finns det kortsiktighet i arbetet med åtgärder men effekten av åtgärder följs inte alltid upp.
- Adekvat kunskap och kompetens gällande grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete
 - Vi ser att det finns variationer mellan stiftelsens verksamheter, kunskapsläget behöver höjas till gemensam nivå.
- Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt

- Vi bedömer att verksamheten har kunskap och det finns öppenhet för arbets-sättet men det är inte fullt implementerat.
- Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik
 - Det finns behov för att utveckla arbetet med välfärdsteknik.
- Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador
 - Det finns variation mellan HSL och SOL/LSS verksamheterna och det saknas standardisering inom SOL/LSS.

10 Strategier och handlingsplan för det kommande året

10.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och lärande	Utveckla arbetssätt med månadsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal	Mätbara förflyttningar	Stödja månadsuppföljningar Månadsvisa utskick av nyckeltal till verksamheter och ledning Synliggöra förflyttningar
Tillit och lärande	Utveckla sammanställning av information om vårdskador och missförhållanden i vårdens och omsorgens övergångar	Finns sammanställning för uppföljning	Patient- och brukarsäkerhetsrådet arbetar fram underlag för att få sammanställning i Qlikview
Diakoni i praktiken	Arbetet med patient- och brukarsäkerhet förankrat i driftledningen	Tydliga förankrade arbetssätt mellan patient- och brukarsäkerhetsråd finns.	Samverka med driftledning för att ta fram arbetssätt för att synliggöra patient- och brukarsäkerhetsarbetet och lärdomar av allvarliga avvikelser i driftledningen. Driftledning och patient- och brukarsäkerhetsråd samverkar med att fram handlingsplan och åtgärder efter det som framkommit i verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.

10.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner

10.2.1 DO Funktionsstöd

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Anpassat anhörigstöd	Procent genomförda aktiviteter	4 anhörigräff per år utifrån tema i DV Leffler
Ansvar för gemensamma resurser	Följa eller överträffa budget	Antal verksamheter med budget i balans	Månadsvis uppföljning med DOC och Controller
Stolta och engagerade medarbetare	Sänkt sjukfrånvaro	Korttidssjukfrånvaro	Förebyggande rehab Handlingsplan för hälsosam arbetsplats
Tillit och lärande	Vi kan våra avtal och följer dem	Minst 6 uppföljningar/ verksamhetunder 2024	Införa kvalitetsuppföljning månadsvis i alla verksamheter

10.2.2 DO Primärvård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Vi har regelbundna träffar för våra patientråd och använder dom som en del av vårt förbättringsarbete	Antal patientråd igång	Vi följer upp i ledningsgruppen.
Ansvar för gemensamma resurser	Vi har sänkt våra läkemedelskostnader	Vi följer våra kostnader regelbundet	Vi har anställt en apotekare som kommer att arbeta med detta tillsammans med oss.
Stolta och engagerade medarbetare	Vi ska minska antalet karensdagar	Antal karensdagar/månad	Vi kommer att arbeta aktivt med tidiga samtal med närmaste chef vid all sjukdom.
Tillit och lärande	Vi har koll på våra verksamheter och följer våra nyckeltal regelbundet.	Antal genomförda månadsuppföljningar	Månadsuppföljning av nyckeltal med DOC/VC

10.2.3 DO Rehab och specialistvård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Ansvar för gemensamma resurser	SMART målbild för driftområdets förbättringsarbete	Antal verksamheter med positivt ekonomiskt resultat. Personalomsättning.	Ta fram tydlig målbild för driftområdets förbättringskraft
Ansvar för gemensamma resurser	Optimalt stöd för styrning av driftområdet.	Framtagen och presenterad analys.	Tydlig behovsanalys för driftområdets ledningsfunktion
Stolta och engagerade medarbetare	Att vara en attraktiv arbetsgivare.	Antal genomförda presentationer av verksamheternas årsbokslut.	Återkoppla ett årsbokslut för medarbetarna i varje verksamhet gällande verksamhetens årliga utveckling.

10.2.4 DO Vård och omsorg i hemmet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Minskad ensamhet	Processmått	Ta del av och implementerat hela eller delar av konceptet vänvolontär
Tillit och lärande	Effektivare kommunikationssätt med våra medarbetare	Processmått	Identifiera och värdera alternativ för att effektivt och säkert kommunicera med våra medarbetare i realtid
Stolta och engagerade medarbetare	Strukturerat arbete kring rekrytering av usk och ssk-elever	Andel verksamheter som tagit emot studenter i praktik eller feriejobb	Identifiera lärosäten att samarbeta med. Ta fram kommunikationsunderlag och rekryteringsplan. Ta fram plan för introduktion och handledning. Kontakta lärosäten.

10.2.5 DO Vård och omsorg för äldre

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Ta fram ett arbetssätt omkring värdegrundsarbetet som är hållbart över tid.	Processmått	Möte med verksamhetsutvecklare och andrum. Utbildning. Ta fram aktiviteter som gör att medarbetarna kan reflektera över värdegrunden i det dagliga arbetet.
Tillit och lärande	Implementering av rutin av inflyttningsprocessen	Andel inflyttade där rutinen har fullföljts.	Följsamhet av rutinen, inflyttningsprocessen. I den ingår även dokumentation och teamarbete. Utbildning VT 2024 och uppföljning till HT 2024, den hålls av DOC och följs däremellan upp mellan DOC/VC på månadsuppföljningar.
Stolta och engagerade medarbetare	Hälsöfrämjande arbetsplats	Korttidssjukfrånvaro 3,9 %	Aktivt Förbättringsarbete i ledningsteam Vård och omsorg för äldre. Bibehålla den låga sjukfrånvaron som varit 2023. Kompetenshöjande aktiviteter. Reflektionshandledarna fortsätter samverka med St:Lukas 2024
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	Resultat enligt budget/prognos	Månadsuppföljning. Veckouppföljningar i de situationer/områden som är aktuella.