

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024



Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2024

Stiftelsen Bräcke diakoni
Bräcke diakoni Stockholm AB

© Bräcke diakoni - februari 2025

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	6
2.1	Grundläggande förutsättningar för god och säker vård och omsorg	6
2.2	En god förbättrings- och säkerhetskultur	6
3	Organisation och ansvar	8
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	8
4	Strategier och arbetssätt.....	9
4.1	Tillförlitliga och säkra system och processer	9
4.2	Säker vård och omsorg här och nu	9
4.3	Övergripande mål och strategier	10
4.4	Fokusområden	10
4.5	Tillitsbaserad styrning	10
4.6	Samsyn och gemensam kunskapsutveckling	11
5	Systematiskt förbättringsarbete	12
5.1	Riskenanalyser.....	12
5.2	Egenkontroll.....	13
5.3	Avvikelsehantering.....	14
5.4	Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden	14
5.5	Klagomål och synpunkter.....	15
5.6	Förbättringsarbete	16
6	Kunskap och kompetens	17
6.1	Speranza Akademi.....	17
6.2	Forskningssamverkan.....	17
6.3	Bräcke Innovation	18
7	Samskapande och samverkan.....	19
8	Informationssäkerhet.....	20
9	Hållbarhet.....	21
9.1	Miljö	21
9.2	Socialt ansvar	21
9.3	Styrning	22
10	Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete	23
10.1	Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2024.....	23
10.2	Systematiskt förbättringsarbete i Förbättringskraft	24
10.3	Kvalitetsdialog	24
10.4	Avvikelser	25
10.5	Synpunkter och klagomål.....	29
10.6	Patients och brukares upplevelse av våra insatser.....	30
11	Strategier och handlingsplan för det kommande året.....	32
11.1	Stiftelseövergripande handlingsplan	32

1 Sammanfattning

I denna berättelse beskriver vi vårt samlade arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vårt arbete för en god kvalitet sker utifrån ett processorienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar samskapande med individen i centrum.

Under året har vår plattform för systematiskt kvalitetsarbete, Förbättringskraft, vidareutvecklats och antalet utbildade processledare ökat likväl som antalet förbättringsteam. Dessa team skapar lärande med hjälp av mätbara förbättringar och ökar värdet för dem vi är till för, för våra medarbetare och för våra gemensamma resurser. För att öka effektiviteten och förbättra samverkan mellan stödfunktionerna har även ett flertal förväntanssynkar genomförts.

Vidare så har Patient- och brukarsäkerhetsrådets arbete förankrats i driftledningsgruppen under 2024. Kvalitetsavdelningen är även representerade i samtliga driftområdesledningsgrupper vilket är ytterligare ett sätt för att öka samverkan samt synliggöra och stärka arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2024 har vi även fortsatt implementeringen av kvalitetsuppföljningar på verksamhetsnivå. Ett utvecklingsarbete av arbetssätt för inrapportering och visualisering av kvalitetsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal har påbörjats. Detta arbete kommer fortsätta och kommer att prioriteras nästkommande år.

Vad det gäller arbetet med avvikelserapportering så har det fortsatt på samtliga nivåer i Stiftelsen. Vi ser variation i antalet inrapporterade avvikelser med allvarlighetsgrad mindre och måttliga inom alla driftområden samtidigt som antalet med betydande allvarlighetsgrad har minskat inom tre av fem driftområden.

Bräcke diakoni har under året även utvecklat sina samarbeten med universitet och högskolor för att bättre kunna bidra till en kunskapsbaserad vård och omsorg. Samtidigt har vi utökat vårt innovationsarbete för att bättre kunna bemöta samhällets behov av nya former för vård stöd och omsorg.

Under 2025 kommer kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utöver ovan nämnda områden, även att fokusera på att:

- förbättra möjligheterna till att analysera vårdskador och missförhållanden i vårdens övergångar
- påbörja implementeringen av den nya socialtjänstlagen
- utveckla kunskapsbaserade arbetssätt

Avslutningsvis kan nämnas att vi under 2024 också har arbetat intensivt för att förbättra Stiftelsens IT-säkerhet. Under 2025 kommer vi att arbeta vidare med hur vi på ett patient- och brukarsäkert sätt kan förbättra våra befintliga stödsystem och nyttja digitalisering och välfärdsteknikens möjligheter.

2 Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

2.1 Grundläggande förutsättningar för god och 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. Till oss är alla välkomna, oavsett tro och livsåskådning. Allt vi gör utgår från vår gemensamma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

Bräcke diakoni erbjuder vård och omsorg inom bland annat äldreomsorg, palliativ vård, primärvård, rehabilitering, habilitering och stöd till personer med funktionsnedsättningar. Verksamheterna bedrivs både som öppenvård, daglig verksamhet, mottagningar, slutenvård, rehabilitering och boenden. Våra 40-tal verksamheter bedrivs på uppdrag av fyra regioner och ett 30-tal kommuner. Våra välfärdsinnovationer för personer med psykisk ohälsa ([TrUSt](#)), funktionsnedsättningar ([RättVisat](#)) och äldre anhöriga ([Inöd och lust](#)) används i över 200 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, patientsäkerhetslagen (2010:659)², hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)³, socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)⁴, lagen (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 för 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 kvalitetsboksut. Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse har tagits fram av kvalitetsavdelningen och förankrats i Stiftelsens ledning och styrelse.

2.2 En god förbättrings- och 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 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

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](#)

förebyggande riskhanteringsarbete samt genom hantering av brister genom egenkontroll, synpunkter och avvikelser. Bräcke diakoni har utvecklat en plattform för det systematiska förbättringsarbetet som kallas Förbättringskraft. Förbättringskraft ger medarbetare och ledningsgrupper på alla nivåer verktyg, metoder och sammanhang för att utveckla verksamhetens kvalitet.

3 Organisation och ansvar

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman och vårdgivare. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, 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 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 och det systematiska förbättringsarbetet. 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.

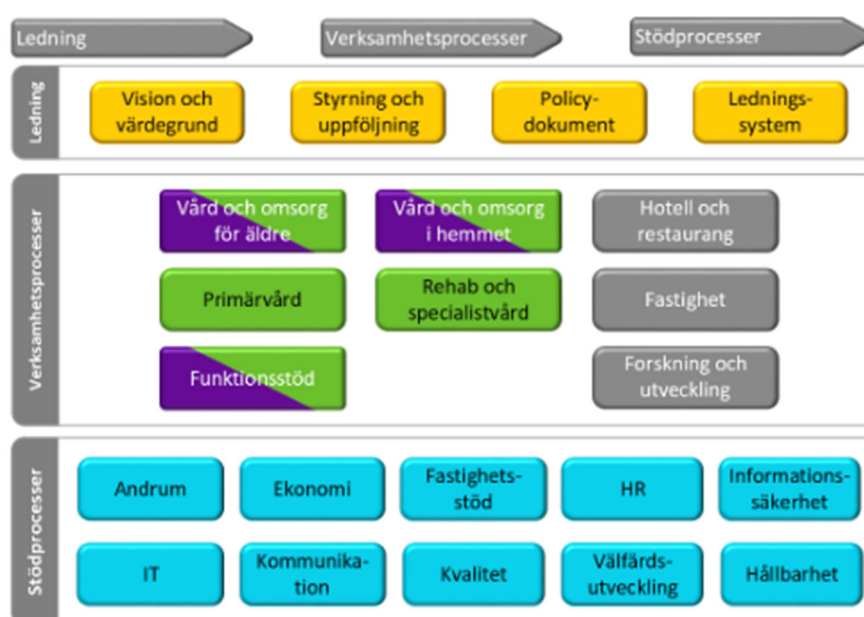
I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud och ett hygienombud som stödjer verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att följa upp det dagliga omvårdnadsarbetet, utföra riskbedömningar, genomföra nödvändiga insatser samt utvärdera dessa.

Varje medarbetare ansvarar 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.

4 Strategier och arbetssätt

4.1 Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbetet mot hög kvalitet, god och säker vård och omsorg 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). Styrdokument och policys 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 styrdokumenterna utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksamhets behov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.



Figur 1. Start sida för Bräcke diakonis processororienterade ledningssystem.

Ledningssystemet kompletteras av en analysplattform som vi kallar för Kvalitetsanalys där verksamhetsdata synliggörs interaktivt och med transparens inom hela Stiftelsen. 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 oönskad variationen i våra processer och resultat.

4.2 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 anpassa verksamheterna efter nya förutsättningar. För att varje verksamhet ska uppmärksamma de områden där det finns behov av att öva eller förbereda sig 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. Som steg i vårt barnrättsarbete har vi i år för första gången även ställt frågor om verksamheternas arbete med att anmäla oro för att barn far illa till socialtjänsten i kvalitetsdialogen och kunde på det viset synliggöra vårt arbete med att säkra att inget barn fara illa. 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.

4.3 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. Genom att verksamhetscheferna analyserar årets resultat och tar fram mål och strategier för verksamhetens utvecklingsarbete för kommande år, kan driftområdescheferna ta fram driftområdets handlingsplaner utifrån verksamheternas mål och strategier, dessa handlingsplaner ligger tillsammans med handlingsplanen från Patient- och brukarsäkerhetsrådet till grund för Stiftelsens mål och strategier vilka beslutas av ledningsgruppen.

4.4 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.

4.5 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.

Under 2024 har arbetet med att utveckla uppföljningar av kvalitetsmål, avtalskrav och kvalitetsindikatorer för verksamheterna fortsatt. Implementering av kvalitetsuppföljningar har påbörjats inom alla driftområden. Att följa upp resultat tillsammans ger möjlighet till fördjupad analys och lärande. Kvalitetsavdelningen deltar regelbundet i driftområdesledningsgrupperna, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta frågor som berör patient- och brukarsäkerhet. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och ger möjlighet till lärande.

4.6 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:

4.6.1 Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för informationsöverföring och kunskapsspridning från ledning och stödfunktioner till verksamhetschefer. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patient- och brukarsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter och annan omvärldsbevakning. Mötesplatsen är även ett sätt att lyssna in verksamheternas situation och behov.

4.6.2 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 och stärker patient- och brukarsäkerhetskulturen.

4.6.3 Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetssätt som syftar till att bryta stuprörsstrukturer 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.

5 Systematiskt förbättringsarbete

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 uppmärksamma och åtgärda.

5.1 Riskanalyser

5.1.1 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att vi ständigt försöker stärka trygghet och säkerhet för dem vi finns till för, även om förutsättningarna runt oss förändras. Vi arbetar kontinuerligt med att uppmärksamma fel och brister i organisationen för att stimulera och främja lärande av det som inträffar samtidigt som vi försöker förebygga brister genom att vara riskmedvetna och ligga steget före innan något allvarligt inträffar. När vi identifierat risker skapar vi handlingsplaner och vidtar åtgärder som vi följer upp och kan på så vis eliminera alternativt minska riskerna.

Arbetet med riskanalyser genomförs på olika nivåer i organisationen och de bedöms och hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner. Analyser 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, IT-attacker och förhöjd terrornivå. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

5.1.2 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 när standardiserade mallar saknas. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilda personens journal.

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

5.2 Egenkontroll

5.2.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från föregående årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs i mitten av året. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen, verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I fem 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 närståendeperspektiv⁸.

Kvalitetsdialogen utgår från ledningssystemsföreskriften (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 som under 2024 handlade om 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 ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 2.

5.2.2 Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview

Bräcke diakoni använder en analysplattform, Kvalitetsanalys 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 andra liknande

⁸ [Forum Spetspatient](#)

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, vård -och omsorgshygien, egenkontroll av den sociala dokumentationen och våra strategiska fokusområden, se nedan.

5.2.3 Externa revisioner och granskningar

Under 2024 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.

5.2.4 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 den 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)
- Kvalitetsindikatorer i Primärvården
- KAN kartläggningar i Capaboo⁹ i Vård och omsorg i hemmet

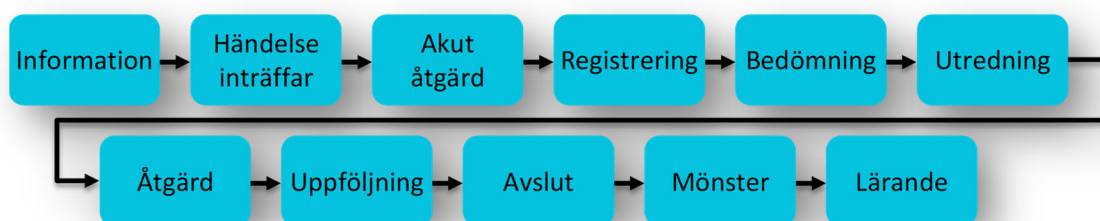
5.3 Avvikelsehantering

5.4 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 avvikelshantering och rapporterar både hälso- och sjukvårdsavvikelser och sociala avvikelser digitalt. Alla medarbetare har även en skyldighet att direkt åtgärda en händelse och/eller risk samt rapportera denna till närmsta chef om den medför allvarlig fara

⁹ [Capaboo](#)

eller skada. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga avvikelser sker utredning genom en 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 trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet, samt vidta åtgärder för att förhindra och förebygga att dessa inträffar igen. Processen för avvikelsehanteringen presenteras i ledningssystemet så här:



5.4.1 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 IVO enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

5.4.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som har 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 IVO enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

5.5 Klagomål och synpunkter

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

- Blanketten "Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, telefon, mejl 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.

5.6 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*¹⁰ samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling* och *hörnstensmodellen*¹¹.

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande förbättringsträffar 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 från olika delar av Stiftelsen utbildas till rollen som processledare och leder då teamens förbättringsprocess. På så sätt sprids förbättringskunskap inom organisationen. Förbättringskraft används i hela organisationen från operativa team i verksamheten till Stiftelsens högsta ledning.

¹⁰ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

¹¹ [Bergman, B och B. Klefsjö: Kvalitet – från behov till användning.](#)

6 Kunskap och kompetens

6.1 Speranza Akademi

Varje verksamhet ansvarar för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. Bräcke diakoni samlar alla kompetensutvecklingsinsatser i sin gemensamma plattform *Speranza Akademi*. 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 Alternativ och Kompletterande Kommunikation (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 verksamheternas kompetensutveckling. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

6.2 Forskningssamverkan

Bräcke diakoni är en kunskapsaktör som med forskning vill bidra till ett kunskapsbaserat och medmänskligare samhälle. Till hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre områden med inriktning mot idéburen välfärd:

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

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

Inom ramen för samarbetet med MCHS pågår följande forskningsprojekt:

- Utveckling av ett akademiskt äldreboende med syftet att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling i verksamheten. 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.

- Strategisk ledning och styrning av medarbetare inom civilsamhället. Här utforskare vi alla nivåer i en organisation från enskilda medarbetares motiv för att välja en idéburen arbetsgivare till drivkrafter av högsta ledare och strukturer för strategisk styrning.
- Ett anhörigperspektiv vid inflyttning till boende. Tillsammans med MCHS, Ersta diakoni, två FoU-centra och ett flertal kommuner i Stockholmsområdet utvecklar vi ett anhörigstöd med utgångspunkt i de anhörigas egna berättelser. Projektet håller på att ta fram kunskap om anhörigas perspektiv under inflyttningsprocessen samt stödmaterial till både anhöriga, de äldre själva deras anhöriga och personal inom äldreomsorgen.
- Under 2024 har vi avslutat ett projekt om brukares delaktighet i kvalitetsarbetet i sociala verksamheter med hjälp av BIKVA-modellen.

Utöver MCHS har Bräcke diakoni 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.

6.3 Bräcke Innovation

Bräcke Innovation är Bräcke diakonis projekt- och utvecklingsavdelning. Vi arbetar med sociala innovationer och är en hubb för nyskapande. Här fångar vi upp nya idéer både inom och utanför våra verksamheter om hur vi kan förbättra för de vi är till för.

Inom ramen för Bräcke Innovation driver vi projekt som tar fram digitala arbetssätt som t.ex. stöd för personer med kommunikationssvårigheter ([RättVisat](#)) eller personcentrerad dokumentation och uppföljning som bygger på ICF ([Capaboo](#)). Vi tar har också tagit fram studiecirklar och webbutbildningar för föräldrar med psykisk ohälsa eller NPF ([TrUSt](#)), stöd till äldre som vårdar sina anhöriga ([Inöd och lust](#)) eller stöd i samspelet mellan anhöriga, vuxna med psykisk ohälsa och professionella ([Trialog](#)).

7 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 vårt 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 Samordnad individuell Plan (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 2024 haft en patientrepresentant som deltagare i några av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.
- **Forskningssamverkan** 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, IOP, styrning och ledning samt evidensbaserad praktik.

8 Informationssäkerhet

Under 2024 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhet för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys
- Fortsatt arbete med egenkontroll för informationssäkerhet
- Fortsatt sprida information om utbildningar inom informationssäkerhet till medarbetare och chefer
- Samverkat med IT-krisledningen i frågor om IT-säkerhet

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett Informationssäkerhetsråd med representanter från driftledningen, kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Under året har Informationssäkerhetsrådet slagits samman med Stiftelsens IT-krisledning för att samordna informationssäkerhetsarbetet med IT-säkerhetsarbetet, detta som en konsekvens av det ökade IT-säkerhetshotet i omvärlden. Rådet har därigenom också utökats med en representant för kommunikationsavdelningen.

Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet
- 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 6 gånger under året

9 Hållbarhet

Stiftelsen har länge arbetat med social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet utifrån Agenda 2030 och integrerar löpande de tre hållbarhetsperspektiven. De ligger väl i linje med vår vision och värdegrund. Vi ser att de är sammanflätade och påverkar varandra. Till exempel kan hållbar utveckling ur sociala och miljömässiga perspektiv ge goda ekonomiska resultat. Vår arbetsintegrering hanterar cirkulering av möbler för våra verksamheter, vilket även sparar pengar och därmed gynnar alla tre perspektiv.

Hållbarhetsarbetet sammanfattas i en hållbarhetsrapport som finns tillgänglig på Bräcke diakonis [websida](#). Sedan 2023 har vi börjat anpassa hållbarhetsrapporteringen till EU:s hållbarhetsdirektiv *Corporate Sustainability Reporting Directive* (CSRD) och de nya europeiska standarderna ESRS¹². Rapporten utgår från CSRDs områden miljö, socialt ansvar och styrning medan det ekonomiska perspektivet innefattas främst i den dubbla väsentlighetsanalysen för alla tre områden, där återinvestering av vinst i verksamheterna ger ett positivt bidrag.

I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår interna webbutbildning. Utöver detta genomförs regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Miljö- och hållbarhetssamordnaren koordinerar arbetet. Vi har under 2024 breddat arbetet i stödfunktionerna så att det nu finns en arbetsgrupp och en styrgrupp som jobbar med Stiftelsens hållbarhetsarbete, samtidigt som vi ser ett stort engagemang från våra miljöombud i verksamheterna.

9.1 Miljö

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. Vi arbetar systematiskt med att minska vår negativa miljöpåverkan och har i verksamheterna ändrat fokus från avfall och energi, som vi har bra koll på, till kärnfrågor specifika för varje verksamhet. Vi bedriver även positiv miljöpåverkan som att informera och involvera dem vi finns till för i miljöarbetet. I år har vi integrerat miljöberättelsen i hållbarhetsrapporten.

9.2 Socialt ansvar

Social hållbarhet handlar till stor del om välbefinnande, rättvisa, makt, rättigheter och individens behov. Hit kopplas vårt arbete med jämställdhet, arbetsmiljö och patient- och brukarsäkerhet inom våra verksamheter, men också de krav vi ställer på våra leverantörer och underleverantörer liksom hur vi utvecklar vår verksamhet i samskapande med dem vi finns till för.

Vår utgångspunkt är att jämställdhet skapas i mötet mellan människor. Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov. 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.

¹² [European Sustainability Reporting Standards \(ESRS\)](#)

9.3 Styrning

Styrning handlar om ansvarsfullt företagande. Där ingår vår organisationskultur, uppföljning av leverantörer för att se till att de följer uppförandekoden, att motverka oegentligheter som mutor och korruption och vår visseblåsarfunktion.

10 Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete

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

10.1 Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2024

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2024 på följande kvalitetsmål och strategier:

Tabell 1. Måluppfyllelse av verksamheternas handlingsplaner.

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Måluppfyllelse
Tillit och lärande	Utveckla arbetssätt med månadsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal	Mätbara förflyttningar	Stödja månadsuppföljningar Månadsvisa utskick av nyckeltal till verksamheter och ledning Synliggöra förflyttningar	100% 
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	100% 
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.	100% 

Vi har uppfyllt alla kvalitetsmål för året. Patient- och brukarsäkerhetsrådet har etablerade arbetssätt tillsammans med driftledningen. Under 2025 kommer fortsatta aktiviteter ske för att utveckla arbetet gällande kvalitetsuppföljningar samt för att förebygga vårdskador och missförhållanden vid vårdens övergångar.

10.2 Systematiskt förbättringsarbete i Förbättringskraft

Under 2024 har Stiftelsen fortsatt att utbilda processledare och starta nya förbättringsteam framför allt i ledningsgrupper på olika nivåer. I dagsläget har 17 utbildade processledare uppdrag och är aktiva, ytterligare 9 utbildade processledare finns i organisationen och har planerade uppdrag eller bidrar med kunskap i sin egen verksamhet. I dagsläget finns det över 30 aktiva förbättringsteam, se Tab. 2.

Tabell 2. Antalet aktiva team i Förbättringskraft.

	Ledningsteam	Nätverks-team	Underliggande team	Summa
DO Funktionsstöd	1	1	1	3
DO Primärvård	8	5	2	15
DO Rehab och Specialistvård	2			2
DO Vård och omsorg för äldre	1	1		2
DO Vård och omsorg i hemmet	3			3
Drift Vård och Omsorg	1			1
Stiftelsens ledningsgrupp	1			1
Stödfunktioner	3	1		4
Summa	20	8	3	31

10.3 Kvalitetsdialog

Av resultatet från årets kvalitetsdialog framkommer det att hållbarhets- och miljöarbetet har förbättrats jämfört med föregående år. Likaså har arbetet med ledningssystemet och samverkan förbättrats. Ett utvecklingsområde som synliggjorts är registreringen av klagomål och synpunkter som till viss del hanterats muntligt eller via mejl. En av anledningarna till detta är att det digitala stödverktyget har upplevts svårarbetat. Under 2024 har det digitala stödet för-
enklats.

Tabell 3. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tregradig skala.

Område	Kvalitetsdialog 2024		
	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,8	2,7	2,8
2. Riskanalyser	3,0	2,8	2,8
3. Avvikelsehantering	3,0	2,7	2,6
4. Egenkontroll	2,8	2,8	2,8
5. Kunskap och kompetens	2,9	2,9	2,8
6. Samverkan	2,6	2,6	3,0
7. Hållbarhet och miljö	2,9	2,7	2,7

10.4 Avvikelser

10.4.1 Antal avvikelser och synpunkter

Utifrån vår avvikelsestatistik kan vi se att antalet avvikelser (4,56) per helårsarbete ligger på samma höga nivå som tidigare (4,63) vilket tyder på en väl etablerad avvikelsekultur som verktyg för lärande (Tab. 4). Utifrån driftområden kan man kommentera följande:

- Antalet avvikelser och synpunkter inom DO Funktionsstöd har minskat under 2024 vilket delvis beror på att antalet verksamheter minskat sedan föregående år men även på att den verksamhet som tidigare år rapporterat ca 50% av driftområdets avvikelser förbättrat sina arbetssätt och processer och på så vis minskat antalet avvikelser.
- Inom DO Primärvård är antalet avvikelser i stort sett oförändrat vilket tyder på en stabil inrapportering.
- DO Rehab och specialistvård har färre inrapporterade avvikelser under året vilket beror på att en verksamhet stängdes under 2023.
- DO Vård och omsorg i hemmet ökat inrapporteringen vilket beror på att vi utökade med nya verksamheter under 2023. 2024 var första helåret dessa var i drift.
- DO Vård och omsorg för äldre har fler avvikelser vilket kan bero på att en verksamhet flyttats över till driftområdet.
- Vi ser en ökning av antal avvikelser under Övriga beroende på en ökad inrapportering från flera stödfunktioner samt från Hotell och restaurang.

Tabell 4. Antal avvikelser per driftområde.

Driftområden	2022	2023	2024
DO Funktionsstöd	730	737	578
DO Primärvård	352	504	499
DO Rehab och specialistvård	464	366	347
DO Vård och omsorg i hemmet	947	1 699	1 993
DO Vård och omsorg för äldre	512	445	547
Övriga	9	17	70
Antal avvikelser per år	3014	3768	4 034
Avvikelse per helårsarbete	3,25	4,63	4,56
Antal synpunkter	290	237	146

10.4.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under året har antalet lex Sarah utredningar minskat, från 46 (2023) till 20 under 2024 (Tab. 5). Minskningen beror främst på att en verksamhet med tidigare utmaningar har förbättrat sina processer och arbetssätt. Variationerna från år till år beror också på att antalet verksamheter med rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah varierar.

Det som också framkommer vid en närmare analys är att de vanligaste typerna av utredningar 2024 har varit övergrepp (6) som exempelvis fysiska övergrepp mellan brukare och ekonomiska övergrepp, felaktigt eller ej utförda insatser (5) och insats mot enskild vilja (3). Bakomliggande orsaker till de händelser som inträffat har främst berott på brister i processer rutiner, kommunikation och samverkan samt ledning och organisering av arbetet.

Av de två lex Sarah-anmälningar som gjorts till IVO har en avslutats med bedömningen "IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder". Den andra har ännu inte avslutats.

Tabell 5. Allvarliga avvikelser som anmäldes till myndigheter.

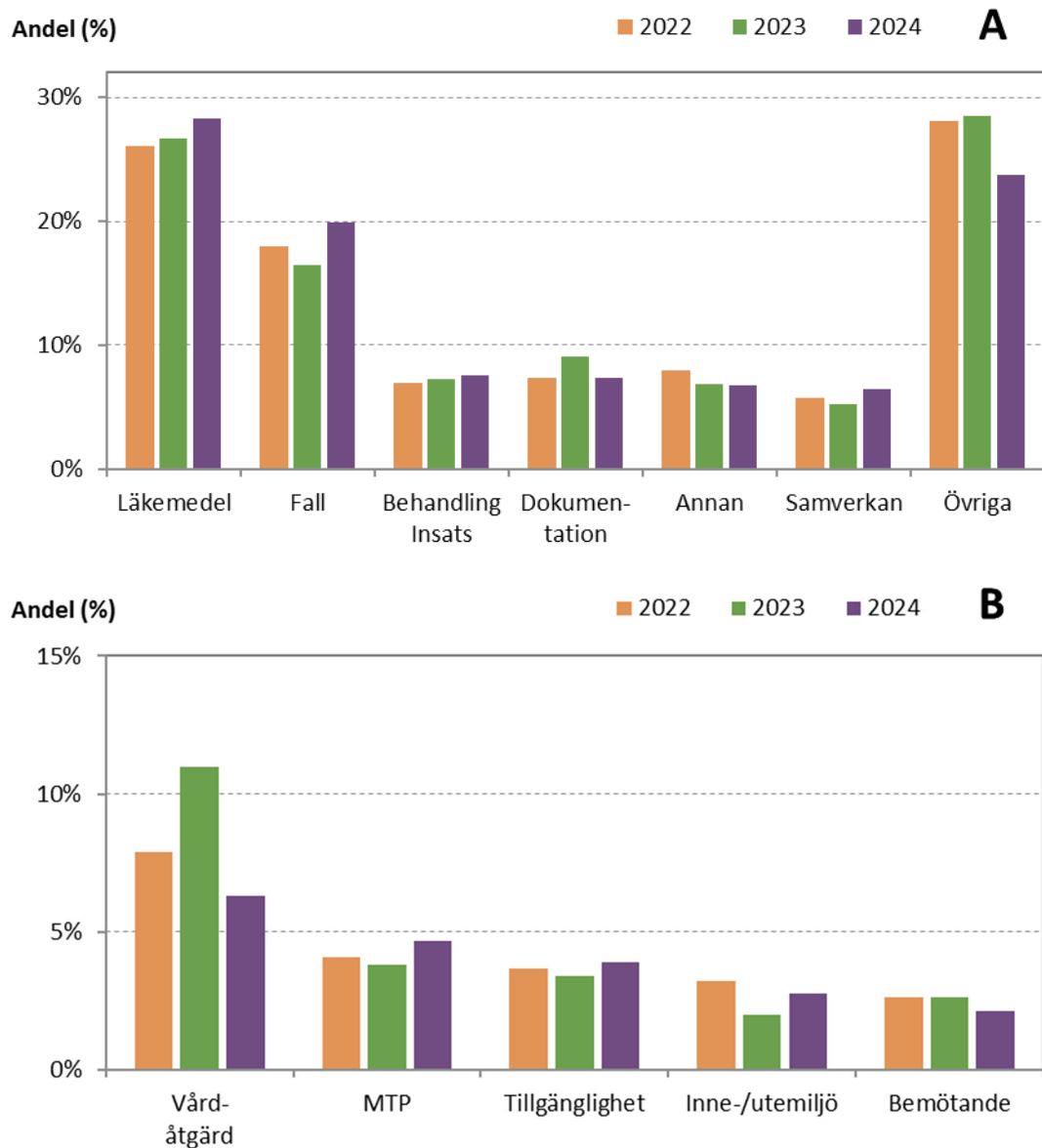
Lex Maria		2022	2023	2024
	Utredningar	29	19	12
	varav risker för vårdskada	3	2	3
	varav vårdskador	2	7	1
Anmälda till IVO		5	9	4
Lex Sarah				
	Utredningar	13	46	20
	varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	0	5	1
	varav allvarliga missförhållanden	2	4	1
Anmälda till IVO		2	9	2
Medicintekniska produkter				
	Utredningar	1	0	0
Anmälda till Läkemedelsverket		1	0	0
Personuppgiftsincidenter				
	Utredningar	12	6	8
Anmälda till Integritetsskyddsmyndigheten		5	2	2

Under 2024 har 12 lex Maria utredningar utförts, varav 4 lett till anmälningar. Anmälningarna har avslutats med bedömningen "IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder". Anmälningarna har handlat om arbetssätt kring digital kontakt, fördröjd eller utebliven utredning inom Primärvården samt feldosering av läkemedel inom Funktionsstöd.

Antalet utredningar och anmälningar gällande personuppgiftsincidenter är i stort sett oförändrat sedan föregående år. Det finns ett etablerat arbetssätt kring informationssäkerhet vilket ger en stabil nivå.

10.4.3 Avvikelse typer

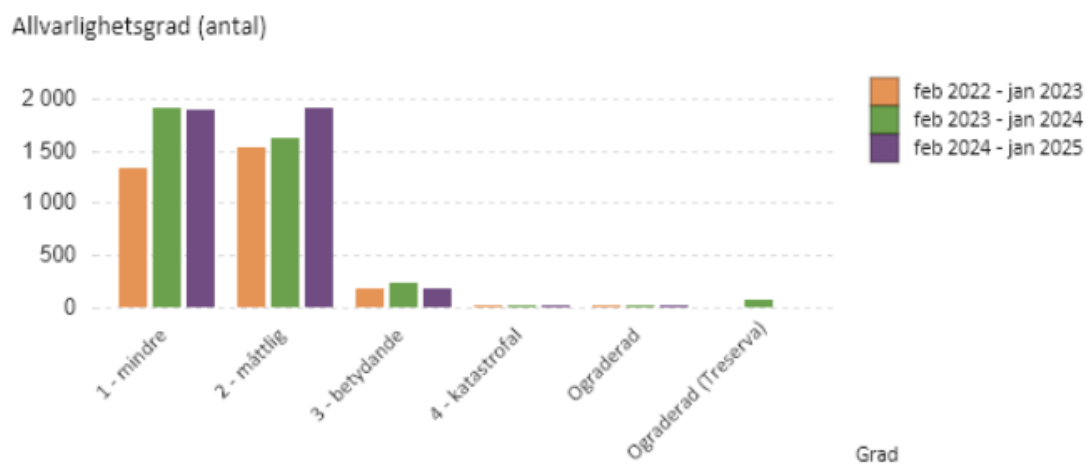
Andelen av läkemedels- och fallavvikelser har ökat något under året (Fig. 3). Troligtvis beroende på att driftområdet Vård och omsorg i hemmet utökades under 2023 och detta är det första helåret med data från det utökade området, vi kan se att större delen av ökningen av fall- och läkemedelsavvikelser kommer från detta driftområde.



Figur 3. Andel av de vanligaste avvikelsetyperna under 2022-2024 (A). Övriga avvikelsetyper (> 1 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

10.4.4 Allvarlighetsgrad

Vi ser att majoriteten av antalet avvikelser har allvarlighetsgrad 1 eller 2 och att antalet allvarliga avvikelser (grad 3) sjunker vilket tyder på att verksamheterna har en etablerad inrapportering även vid mindre allvarliga händelser (Fig. 4). Analysen visar också att antalet avvikelser med grad 3 har minskat inom tre av fem driftområden.

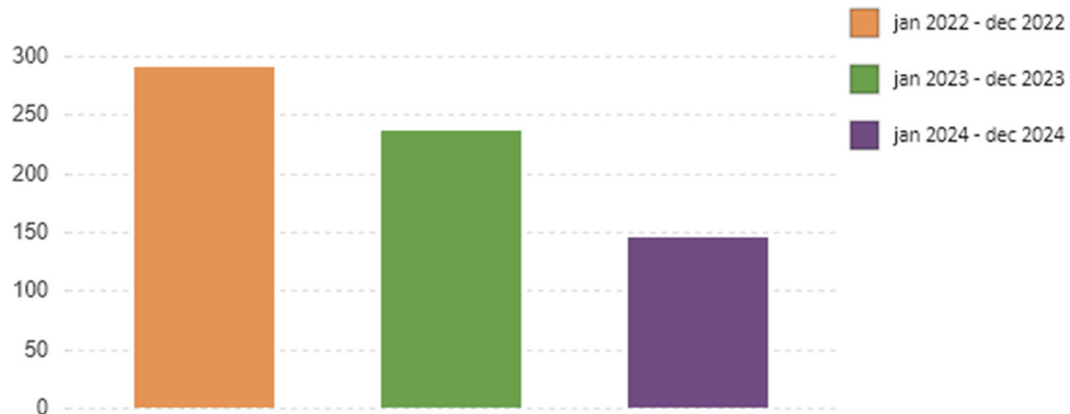


Figur 4. Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och driftområde inom Bräcke diakoni under 2022–2024. Datakälla: DF Respons och Treserva.

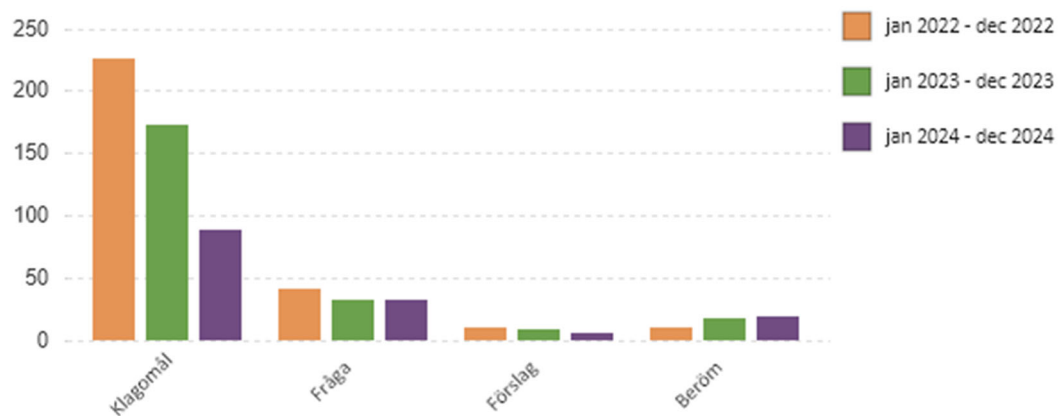
10.5 Synpunkter och klagomål

Antalet synpunkter minskade under 2023 vilket troligtvis beror på en allmän minskning från höga värden 2021 på grund av pandemirelaterade frågor (Fig. 5). Under 2024 ser vi ytterligare en minskning av antalet registrerade synpunkter vilket delvis bedöms bero på svårigheter i inrapporteringsystemet vilket har förbättrats under hösten 2024.

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 5. Antal synpunkter

10.6 Patienters och brukares upplevelse av våra insatser

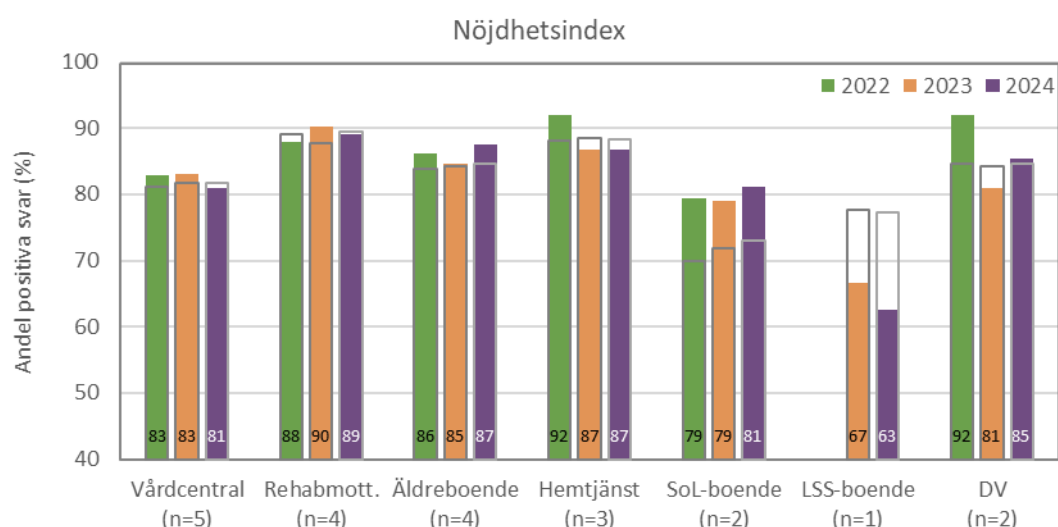
Hur de vi finns till för upplever våra insatser är en viktig kvalitetsindikator för oss. Upplevelsen av insatser mäts i olika nationella brukarundersökningar beroende på verksamhetsgrupp och presenteras som *andel positiva svar* i relevanta indikatorer. Dessa indikatorer skiljer sig mellan olika undersökningar och verksamhetsgrupper (Tab. 5).

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

Indikator	Verksamhetsgrupp					
Respekt/Bemötande	Vårdcentral Rehabmot- tagning					
Tillgänglighet						
Delaktighet/Involvering						
Helhetsintryck						
Bemötande		Äldreboen- den	Hemtjänst			
Trygghet						
Förtroende för personalen						
Omtanke				SoL- boende	LSS- boende	Daglig verksam- het
Rätt stöd						

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 sedan jämförts 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 har samtidigt riksnittet som referens. Vi kallar detta för vårt Nöjdhetsindex.

I Figur 6 kan vi se att inom verksamhetsgrupperna Äldreboende, SoL-boende och Daglig verksamhet så värderar de vi finns till för våra insatser högre i förhållande med jämförbara verksamheter. Vårdcentraler, Rehabmottagningar och Hemtjänst ligger något lägre än jämförbara verksamheter. Störst förbättringsbehov har ett av våra LSS-boenden som ligger tydligt under riksnittet.



Figur 6. Översikt över brukar/patientupplevelsen med hjälp av Nöjdhetsindex. Varje index visas som medelvärde av våra verksamheter inom respektive grupp samt ett jämförelsemått som är medelvärdet för liknande verksamheter i hela Sverige (grå kantlinje).

10.6.1 Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

Under 2024 har Patient- och brukarsäkerhetsrådet slutfört sin analys av Stiftelsens patient- och brukarsäkerhetsarbete som påbörjades föregående år. Rådet har arbetat med analysens resultat utifrån följande prioriterade områden under året:

Prioriterat område	Åtgärd
Mätning och sammanställning av information om vårdskador i vårdens övergångar	Skapat möjlighet att ta ut statistik ur Stiftelsens avvikelssystem.
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 patient- och brukarsäkerhetsarbete	Vi ser att det finns variationer mellan Stiftelsens verksamheter, kunskapsläget behöver höjas till gemensam nivå. Under 2024 påbörjades arbetet med att definiera vad brukarsäkerhet innebär inom Stiftelsen. Nya rutiner inom området har tagits fram och implementering pågår.
Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt	Vi bedömer att verksamheterna har kunskap och det finns en öppenhet för arbetssättet men det är inte fullt implementerat.
Medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	Det finns tillämpliga rutiner inom området men vi ser att det finns behov av att ta tillvara de möjligheter som finns inom välfärdsteknik.
Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador och missförhållanden	Det finns variation mellan HSL och SOL/LSS verksamheterna och det saknas till viss del standardiserade riskbedömningar inom SOL/LSS. Under 2024 har vi jobbat mer strukturerat med uppföljning av allvarliga händelser. Digitala system behöver tillhandahållas och utvecklas för att stödja arbetet med individuella riskanalyser.

11 Strategier och handlingsplan för det kommande året

11.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och lärande	Utvecklade arbetssätt för inrapportering och visualisering av kvalitetsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal.	Antal verksamheter som använder systemet minst 4 gånger per år.	• Ta fram ett system för inrapportering och uppföljning • Ta fram arbetssätt för att identifiera och hantera relevanta uppföljningsindikatorer utifrån verksamheters krav och behov
Tillit och lärande	Följa upp statistik om vårdskada (HSL) och missförhållanden (SoL/LSS) i vårdens och omsorgens övergångar. Dragit slutsatser och analyserat data.	Data analyseras och används.	• Ändringar i DF Respons gällande bakomliggande orsaker • Följa upp resultatet i Patient- och brukarsäkerhetsrådet
Diakoni i praktiken	Påbörjat implementering av ny socialtjänstlag.	Delmål enligt projektplan.	• Nuläges och behovsanalys genomförd • Aktiviteter enligt projektplan
Diakoni i praktiken	På ett patient- och brukarsäkert sätt nyttja digitaliseringens och välfärdsteknikens möjligheter.	Ja/Nej	• Påbörja arbetet mot mer strukturerad dokumentation enligt nya SoL • Workshop om framtidens digitaliseringsbehov med utvalda representanter
Diakoni i praktiken	På ett patient- och brukarsäkert sätt förvalta och förbättra de befintliga digitala systemen.	Antal allvarliga avvikelser där orsaken är chattfunktionen. Antal förvaltningsgrupper där någon ifrån Patient- och brukarsäkerhetsrådet deltagit.	• Fortsätta arbetet med att göra chattar mer patientsäkra • Fortsätta och utveckla arbetet med förvaltningsgrupper för journalsystem
Tillit och lärande	En klar bild av vilka behov verksamheterna har för att kunna arbeta kunskapsbaserat	Ja/Nej Antal verksamheter med behov av stöd.	• Inventering av evidensbaserade arbetssätt • Inventering av arbetssätt för omvärldsbevakning • Undersöka tillgång till forskningslitteratur • Vid behov stötta verksamheter att utvärdera effekten av insatser