

*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse*

2018

Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse 2018
för
Stiftelsen Bräcke diakoni
Bräcke diakoni Stockholm AB
Bräcke diakoni Vallentuna AB

Upprättad av

Thomas Schneider, utvecklingschef
Lotta Forsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Marie Bertilsson, socialt ansvarig samordnare

© Bräcke diakoni - februari 2019

Innehåll

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	6
3.1	Stiftelseövergripande fokusområden	6
3.2	Verksamhetsområdesspecifika insatser	6
4	Organisation och ansvar	7
5	Systematiskt förbättringsarbete	8
6	Risikanalyser	9
6.1	Risikanalyser på organisationsnivå	9
6.2	Riskbedömningar på individnivå	9
7	Egenkontroll	9
7.1	Kvalitetsdialog som internrevision	9
7.2	Kvalitetsanalys - en ny analysplattform i Qlikview	10
7.3	Externa revisioner	10
7.4	Övriga datakällor	11
8	Avvikelsehantering	11
8.1	Avvikelser	11
8.2	Klagomål och synpunkter	13
9	Medarbetarnas delaktighet	13
10	Samverkan och omvärldsbevakning	14
10.1	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	14
10.2	Samverkan med patienter, brukare och närstående	15
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	15
10.4	Forskning	17
11	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete	18
12	Miljöarbete	19
13	Informationssäkerhet	20
14	Resultat	20
14.1	Uppföljning av fokusområden för 2018	20
14.2	Systematiskt förbättringsarbete	21
14.3	Kvalitetsdialog	22
14.4	Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	22
14.5	Verksamhetsområdesspecifika insatser	23
14.6	Verksamhetsområdesspecifika kvalitetsindikatorer	24
14.7	Ny plattform för kvalitetsledningssystemet	24
14.8	Avvikelser	25
14.9	Översikt patient-/brukarnöjdhet	30
14.10	Resultat efter verksamhetsområden	31
15	Strategier fokusområden för det kommande året	37
15.1	Stiftelseövergripande aktiviteter	37
15.2	Verksamhetsområdesspecifika insatser	37

1 Sammanfattning

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

- **Kvalitetsledningssystem.** Arbetet med det nya ledningssystemet har gått framåt på ett bra sätt och det används allt mer. Det finns några få driftområden och stödfunktioner som inte är klar med flytten men alla är på gång.
- **Förbättringskompetens.** Kvalitetsombud spelar en allt viktigare roll i det systematiska kvalitetsarbetet. I många verksamheter är de aktiva i arbetet med kvalitetsberättelsen och under kvalitetsdialogen och de deltar regelbundet på nätverksträffarna som kvalitetsavdelningen anordnar. Vidare så har kvalitetsombuden fått tydligare roller och stöd. De jobbar med förbättringar inom ramen för Kvalitetsberättelser och Kvalitetsdialogen. System för att synliggöra förbättringar valde vi att avvakta till nya intranätet är klart.
- **Avvikelse- och synpunktshantering.** Avvikelseprocessen är implementerad och uppdateras löpande. Hanteringen av inkomna synpunkter är en del av den nya avvikelseprocessen. Vi har tagit fram enklare sett att registrera synpunkter direkt i DF Respons när synpunkterna inte redan kommer via websidan. Arbetet med rapporter direkt från vår analysplattform är inte påbörjat eftersom vi troligtvis hellre utvecklar webgränssnittet. Detta behöver ses över 2019.
- **Mätningar och analyser.** Inom ramen för att utveckla infrastruktur för att fånga kvalitetsindikatorer så finns nu system för t.ex. kvalitetsdialoger, journalgranskningar och basala hygienrutiner. Arbetet med en stiftelseövergripande *dashboard* är påbörjat. Utvecklingen av vår analysplattform Kvalitetsanalys har tagit tydligare steg för att vara en självklar källa för information. Under 2019 kommer integrationen med våra ekonomi-, HR- och andra verksamhetssystem fortsätta.

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt stiftelseövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2018 fokusera på följande områden:

- **Egenkontroll.** Utveckla den systematiska egenkontrollen på verksamhetsnivå genom bl.a.
- **Kvalitetsledningssystem.** Slutföra flytt av de återstående verksamhetsområden och stödfunktioner till nya plattformen samt tydliggöra koppling och skillnad till nya intranätet
- **Kompetens och kapacitet för förbättringar.** Synliggöra förbättringar i nya intranätet
- **Avvikelse- och synpunktshantering.** Utveckla stödet till att hantera inkomna synpunkter samt utveckla Kvalitetsanalys och dess användning för egenkontrollen i verksamheterna
- **Mätningar och analyser.** Ta fram en stiftelseövergripande *dashboard* för verksamheternas resultat samt integrera användning av statistik från Kvalitetsanalys i verksamheternas egenkontroll

2 Inledning

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

Bräcke diakoni erbjuder vård och omsorg inom bl.a. äldreomsorg, palliativ vård, primärvård, rehabilitering, habilitering, stöd till personer med funktionsnedsättningar och flyktingar. Verksamheterna bedrivs både som öppenvård, daglig verksamhet, mottagningar eller som slutenvård/rehab och boenden. Våra 40-tal verksamheter bedrivs i uppdrag av sex landsting/regioner (Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Landstinget i Värmland, Landstinget Kronoberg, Region Jönköpings län, Region Halland) och ett 20-tal kommuner (Göteborg, Ale, Härryda, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Mölndal, Partille, Stenungsund, Uddevalla, Öckerö, Alingsås, Halmstad, Falkenberg, Borås, Mullsjö, Jönköping, Linköping, Stockholm, Vallentuna, Uppsala).

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Patientsäkerhetslagen (PSL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (SkolL). Den följer också Sveriges landsting och kommuners (SKL) mall för patientsäkerhetsberättelser och beskriver vårt samlade arbete att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns tillför. Bräcke diakonis sammanhållna kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut.

3 Strategier och fokusområden

3.1 Stiftelseövergripande fokusområden

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

Kvalitetsledningssystem

- Slutföra implementeringen av vår nya ledningssystemsplattform för systematiskt kvalitetsarbete

Förbättringskompetens

- Utveckla rollen som kvalitetsombud och synliggör dess bidrag för kvalitetsutvecklingen i verksamheterna
- Utveckla stöd för att genomföra och synliggöra förbättringsarbeten

Avvikelse- och synpunktshantering

- Utveckla hanteringen av inkomna synpunkter i verksamheterna
- Implementera ny avvikelseprocess
- Utveckla rapporter från Kvalitetsanalys

Mätningar och analyser

- Utveckla infrastruktur för att fånga kvalitetsindikatorer
- Utveckla Kvalitetsanalys och dess användning för egenkontrollen i verksamheterna

3.2 Verksamhetsområdesspecifika insatser

Hälsa & Vård

- Utveckla avvikelsehanteringen
- Analysera och åtgärda resultat i den nationella patientenkäten

Rehab & Funktionshinder

- Fortsätta med att systematisera och sammanställa befintliga mätningar
- Utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på områdesövergripande nivå

Äldreomsorg & Hospice

- Analysera och åtgärda sjunkande resultat i den nationella brukarundersökningen
- Implementera användningen av kvalitetsnyckeltal

4 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård-/omsorgsgivare. Styrelsen utser Direktör som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av områdescheferna för verksamhetsområden Äldreomsorg & hospice, Rehab & funktionshinder och Hälsa & vård samt ekonomichef, HR-chef, marknadschef och utvecklingschef.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: LSS, HSL, och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i sin egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för det systematiska utvecklingsarbetet i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinsk rådgivare, utvecklingssjuksköterska och verksamhetscontroller och två disputerade forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällesfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet. I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller följa upp avvikelser. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

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.

5 Systematiskt förbättringsarbete

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

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

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

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

För att ytterligare stärka tillämpningen av förbättringskompetensen är ett av de övergripande målen i Bräcke diakonis styrkort att varje verksamhet ska genomföra minst ett dokumenterat förbättringsarbete. Med detta menas en insats som följer en vedertagen förbättringsmodell med att identifiera problem, sätta mål, hitta mått och idéer för att uppnå målen samt att man testat åtgärden enligt PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera). Vidare har alla verksamheter under 2018 jobbat med att identifiera sina viktigaste kvalitetsindikatorer för att förbättra egenkontrollen.

Under de senaste åren har nästan 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft och Värdeforum. Det finns ett 60-tal förbättringscoacher med erfarenhet av att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

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

6 Riskanalyser

6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska brukarsäkerhets- och kvalitetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare till att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vårdens och omsorgens vardag gör individuella riskbedömningar tillsammans med brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar.

6.2 Riskbedömningar på individnivå

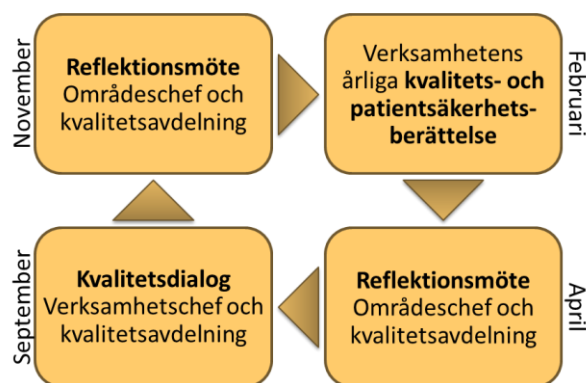
I det dagliga vård- och omsorgsarbetet sker en mängd riskanalyser på individnivå. Inom äldreomsorgen används olika nationella kvalitetsregister som t.ex. Senior alert eller BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) för att bedöma och hantera risken för fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion eller BPSD. Inom primärvården erbjuds samtal om livsstil och hälsa likväl som strategier för minskad stressbelastning som verktyg för att minska risken för ohälsa. Inom de sociala verksamheterna bedöms och hanteras bl.a. risker för oro och otrygghet hos personer med fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar eller risker för hot och våld i våra boenden.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog som internrevision

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under september varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens samt samverkan. I kvalitetsdialogen deltar MAS, MAR, SAS eller medicinsk rådgivare tillsammans med verksamhetschef och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms utifrån en 3-gradig skala gemensamt i

dialogen. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger sedan till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till områdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitetsarbetet, se Figur 1.



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

7.2 Kvalitetsanalys - en ny analysplattform i Qlikview

Bräcke diakoni har under 2018 utvecklat Kvalitetsanalys som är en analysplattform i Qlikview som ett viktigt verktyg för vår egenkontroll. Kvalitetsanalys kopplar ihop befintliga datakällor i ett gränssnitt och ger verksamheterna kontroll över sina kvalitetsresultat, möjliggör benchmarking med 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 dagsläge finns följande moduler i Kvalitetsanalys

- Avvikelser från fyra olika datakällor (DF Respons, Vodok, Treserva, Synergi)
- Nationella brukar- och patientenkäter
- Kvalitetsregistret Senior alert
- Svenska Palliativregistret
- Kvalitetsdialog
- Systemavvikelser Personligt ombud

7.3 Externa revisioner

Under 2018 har flera av våra verksamheter rutinmässigt reviderats externt av beställaren, t.ex. avtalshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, hygiensjuksköterska, miljö-/hälsoinspektörer, eller genom inspektioner och tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vi har även ett strukturerat samarbete med Apoteket AB för att utveckla och säkra vår läkemedelshantering.

De externa revisionerna gav värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens. Ingen av de externa revisionerna resulterade i några allvarliga påpekanden vilka krävt åtgärder på organisationsövergripande nivå. De synpunkter som inkommit har istället respektive verksamhet arbetat med och vissa synpunkter ingår även som åtgärder i nästkommande års planerade kvalitetsarbete.

7.4 Övriga datakällor

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

Brukar-/patient-/kundundersökningar

- Socialstyrelsens och SKLs nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, Nationella patientenkäten inom primärvården, livskvalitetsuppföljningar inom regioner och landsting (EQ-5D), egna undersökningar med validerade instrumentet KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv).

Nationella kvalitetsregister

- BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros), Nationellt Register över Smärtrehabilitering, Swedamp (Amputations- och protesregistret), Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Luftvägsregistret, Nationella Diabetesregistret, Svenska demensregistret.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser.

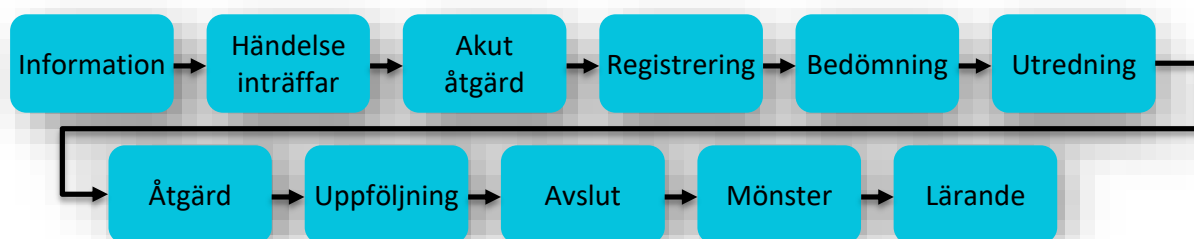
Alla medarbetare introduceras och får fortlöpande information om de rutiner för rapportering av avvikelser som finns inom Bräcke diakoni. För varje avvikelse eller synpunkt genomförs en systematisk analys av bakomliggande orsaker som leder till en åtgärdsplan och förbättringsförslag. Behov av systemändringar lyfts fram även när de avser en annan nivå eller huvudman.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser samt allvarliga brister och missförhållanden (SoL, LSS) konsulterar verksamhetschefen kvalitetsavdelningen för lämplig hantering av ärendet. Vid allvarlig risk för vårdskada eller missförhållande och vid allvarlig vårdskada eller

missförhållande gör kvalitetsavdelningen tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som anmäls till IVO (lex Maria, lex Sarah) och/eller beställande myndighet. Varje enhet analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom och på så vis kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Som stöd för avvikelshantering använder Bräcke diakoni ett webbaserat avvikelshanteringssystem (DF Respons). Vissa verksamheter använder utöver vårt eget system även kommunens/regionens system i enlighet med gällande avtalskrav. Med dessa kan vi löpande analysera avvikelser i ett större sammanhang och över tid. Kvalitetsavdelningen sammanställer statistik från respektive system och hjälper verksamheterna att initiera utvecklingsinsatser för att minska och förebygga fel och brister.

Processen för avvikelshantering presenteras i ledningssystemet så här:



8.1.1 Lex Sarah

Missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt SoL och LSS rapporteras direkt till SAS i vårt avvikelssystem. Missförhållanden/risker för missförhållanden kan också identifieras under utredning av avvikelser och rapporteras då till SAS av den som utreder avvikelser. Tillsammans med verksamhetschefen (om inte denne berörs av händelsen) säkerställs att missförhållandet avhjälpes och SAS startar en internutredning i enlighet med föreskriften om lex Sarah (SOSFS 2011:5). Syftet med utredningen är att klarlägga vad som hänt och varför det hänt för att kunna vidta lämpliga åtgärder för att en liknande händelse så långt det är möjligt ska kunna förebyggas och hindras ifrån att inträffa på nytt. Utredningen avslutas genom att SAS tar ställning till huruvida händelsen utgör ett allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller inte. Allvarliga missförhållanden/risker anmäls till IVO och i förekommande fall, informeras beställande myndighet.

8.1.2 Lex Maria

Händelser eller risker för allvarliga vårdskador rapporteras direkt till MAS, MAR eller medicinsk rådgivare och ska snarast dokumenteras i avvikelssystemet. Först säkerställer MAS, MAR eller medicinsk rådgivare att akut vidtagna åtgärder är tillräckliga för att inte händelsen ska kunna upprepas, därefter påbörjas en utredning enligt lex Maria (HSLF-FS 2018:41). Syftet med utredningen är att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som

ska förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. När utredningen är klar tas beslut av MAS, MAR eller medicinsk rådgivare om ärendet har skickas in som en lex Maria anmälan till IVO enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) eller när det gäller medicintekniska produkter till Läkemedelsverket (SOSFS 2008:1). Bräcke diakoni är skyldig att också informera patient och eventuellt närstående om att en lex Maria utredning pågår samt att en anmälan skickas in till IVO.

8.2 Klagomål och synpunkter

Att ta emot och hantera klagomål och synpunkter från patienter, brukare eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering enligt (SFS 2018:378) och är en viktig källa för förbättringar. Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med patienten eller brukaren. Synpunkter och klagomål framförs, analyseras och återkopplas på följande sätt:

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" som finns tillgänglig i samtliga verksamheter.
- Den enskilde pratar direkt med personalen.
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret [Tyck till](#).
- Klagomål/synpunkten från patienter/brukare och deras närstående besvaras snarast på ett lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig informationen
- Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att förklara vad som inträffat och i förekommande fall redogöra vilka åtgärder som verksamheten avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- Vid allvarliga klagomål utreds dessa av SAS, MAS, MAR eller medicinsk rådgivare enligt lex Sarah och/eller lex Maria.

9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt till att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en ändamålsenlig och fungerande struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni bl.a. inom ramen för utbildningsprogrammet Speranza omfattande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering m.m.

- Utbildningsinsatser inom områden demens, palliativ vård, personcentrering, avvikelshantering samt social dokumentation.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning, balanserade styrkort och informationssäkerhet.

Förbättringskraft är Bräcke diakonis egna kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat. Under 2018 har ett 20-tal förbättringsprojekt genomförts både inom Förbättringskraft och som utvecklingsprojekt i verksamheten.

Under 2018 har Bräcke diakoni fortsatt med implementeringen av vår medarbetarskapsidé som fokuserar på vikten av mötet med dem vi finns till för och organisationens stöd i detta.

Bräcke diakoni deltog 2016–2018 i Famnas kompetensforum i E-hälsa som är ett kompetensutvecklingsprojekt med finansiering av Europeiska Socialfonden (ESF). På Bräcke diakoni har över 250 medarbetare genomgått omfattande utbildningsinsatser i bl.a. datoranvändning, dokumentation, informationssäkerhet, presentationsteknik och förbättringskunskap. Arbetet skapade ett viktigt stöd att systematiskt följa upp verksamheten genom att utveckla användningen av digitala stöd som journalsystem, avvikelshanteringssystem, och vår analysplattform i Qlikview.

10 Samverkan och omvärldsbevakning

10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

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

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen, eller för barn med funktionsnedsättning som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. För att säkerställa behovet av specialistkompetens inom organisationen samarbetar vi också med olika läkarorganisationer, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och vårdcentraler. Inom flera verksamheter har vi avtal med externa jourverksamheter för att täcka behovet av tillgång till sjuksköterska på kvällar, nätter och helger. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

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

Under 2018 har vi fortsatt med samarbeten och partnerskap med kommuner och regioner i frågor som utgör väsentliga samhällsutmaningar som t.ex. flyktingmottagande eller sammanhållen vårdkedja för personer med demenssjukdom. Vi har även initierat nya initiativ kring innovationsledarskap, digitala hjälpmedel för personer med funktionsnedsättningar samt strukturerad dokumentation inom äldreomsorgen.

10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående

I de flesta av våra verksamheter finns särskilda forum och råd för brukare, patienter eller närstående. Vi har dessutom samarbeten med ett flertal olika organisationer som t.ex. CancerRehabFonden, Riksföreningen för ME-patienter (Myalgisk Encefalomyelit), Neuroförbundet, Hjärnfonden, Föreningen för de neurosedynskadade och olika pensionärsorganisationer.

10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi är bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) involverad i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa samt olika offentliga utredningar. Under 2018 var vår SAS Famnas representant i referensgruppen för utredningen av framtidens socialtjänst² och vår MAS deltar i samrådsgruppen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet på Socialstyrelsen.

Vår SAS är sekreterare i den nybildade Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare och vår MAR är medlem i styrgruppen för det nationella MAR-nätverket.

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Bräcke högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård.

² [Framtidens socialtjänst \(S 2018:03\)](#)

Vidare ingår Bräcke diakonis verksamheter bl.a. i följande samarbeten:

- Idéburet partnerskap (IOP) i Göteborg kring ensamkommande barn och unga i samarbete med Göteborgs stad och andra idéburna organisationer (Individuell människohjälp, Räddningsmissionen, Reningsborg, Röda korset, Rädda barnen, Skyddsvärnet) (avslutades under 2018).
- Överenskommelse Social ekonomi Västra Götalandsregionen
- Primör Västra Götalandsregionen och Region Jönköping (Privata och idéburna vårdgivare).
- Samarbete med NU-sjukvården för att korta vårdköer.
- Olika församlingar runtom i Sverige.
- Samarbete med CancerRehabFonden kring onkologisk rehabilitering.
- Samarbete med övriga Riksgymnasier i landet.
- Nationella kvalitetsnätverk för neuromuskulära sjukdomar, CP, förvärvade hjärnskador och ryggmärgsbråck.
- Vårdhygien och Apoteket
- Inom Personligt ombud finns ett stort kontaktnät med relevanta myndigheter.
- Det pågår flera utvecklingsprojekt med stöd från Vinnova kring innovationsledarskap, personcentrerad rehabilitering samt personcentrerad dokumentation och utveckling.
- Vidare pågår utvecklingsprojekt med finansiering från Allmänna Arvsfonden i samarbete med brukar och närståendeorganisationer. Nedan några exempel:
 - StrÅng – Stress och ångesthantering för personer med rörelsenedsättningar. Samarbete med Unga rörelsehindrade Göteborgsklubben.
 - Rättvisat – digitalt kommunikationspass. Samarbete med Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn & Ungdomar (RBU).
 - TriBus – hunddagis. Ett arbetsmarknadsprojekt för personer med funktionsnedsättning. Samarbete med Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder (DHR) och Djursjukhuset Blå Stjärnan.
 - Vuxensyskon – Vuxna personer som har vuxna syskon med funktionsnedsättning. Samarbete med FUB riks, RBU i Göteborg med omnejd, Autism&Aspergerförbundet, Nka (nationellt kompetenscenter anhängiga) och Studieförbundet Vuxenskolan.
 - Karamellpåsen – Öppen mötesplats för barn i allmänhet men för familjer med barn med funktionsnedsättning i synnerhet med särskild inriktning på föräldrar och barn med invandrarbakgrund. Samarbete med FUB i Göteborg, RBU i Göteborg med omnejd, Frälsningsarmen, Projekt En Jämlig start i livet (Doulor och kulturtolkar) finansierat av Arvsfonden och En god start i livet inom Jämligt Göteborg, Göteborgs kommun.

10.4 Forskning

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

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

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Bräcke Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Inom ramen för detta samarbete har vi under året utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP) samt tillitsbaserad styrning. Under 2018 har vi också för första gången arrangerat Bräcke diakonis Kunskapsarena för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under konferensen presenterade 10 forskare från 6 olika universitet och högskolor projekt som bedrivs inom Bräcke diakonis verksamheter.

Bräcke diakoni bidrar till framtagande av ny kunskap genom vårt deltagande i ett flertal forskningsprojekt i samarbete med forskare från bl.a. Chalmers tekniska högskola, Karlstad universitet, Jönköping University, Göteborgs universitet, Ersta Sköndal Bräcke högskola samt och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS). Sedan 2018 har vi dessutom en av Riksbankens jubileumsfond finansierad forskartjänst på Bräcke diakoni med Ola Segnestam Larsson som forskar om värdeskapande och co-production³.

³ [Riksbankens jubileumsfond](#)

11 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

Bräcke diakonis värdegrund och vår vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Vår utgångspunkt är att jämställdhet, precis som kvalitet i ett större perspektiv, skapas i mötet mellan människor. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Bräcke diakoni innefattar alla som verkar inom vår organisation - var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande. Vi arbetar ständigt med att utveckla och stärka medvetenheten om olika människors grundläggande rättigheter.

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. För oss innebär genusbegreppet bland annat att betona att kvinnor och män inte är kvinnor och män av sig själva, utan blir det i relation till det samhälle man lever i och till den kultur man är en del av. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål – i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss.

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

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

För Bräcke diakoni är det viktigt att ledningen är drivande och förstår varför jämställdhet och mångfald är en strategisk fråga. Det är också viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet, och vikten av att ha med detta perspektiv i alla möten och situationer.

Genom att samtliga medarbetare har kompetens och erfarenhet inom området, och fortlöpande kompetensutvecklas, säkerställer vi en verksamhet med ett jämställt perspektiv där individens behov och önskemål alltid är utgångspunkten.

12 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2018 den nionde diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk miljöbas krav beaktar vi också:

- De olika länsstyrelsernas klimatråd och åtgärdsprogram
- Miljöhandlingsprogram i de kommuner och landsting där vi är verksamma

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning, som fylls på regelbundet med kompetenshöjande aktiviteter som t.ex. undervisning och studiebesök.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet, har miljöombuden som finns utsedda på respektive enhet. Tillsammans utgör de stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Vi arbetar aktivt med att minska vår miljöbelastning och har därför satt upp ett antal mål:

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår
- Minska påverkan av våra arbetsresor, genom t.ex. utbildning i Eco-drive, prioritera resfria möten i form av telefon och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt.
- Reducera antalet transporter har vi numera en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Alla våra enheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- Regelbunden övervakning av förbrukning av el, vatten och energiförbrukning. Samtliga förbrukningssiffror följs årligen upp och sammanställs i Miljöberättelsen.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Tåg skall i huvudsak användas samt att vi erbjuder tjänstecyklar. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel, el, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

13 Informationssäkerhet

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

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

14 Resultat

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

14.1 Uppföljning av fokusområden för 2018

I förra årets kvalitetsberättelse identifierades ett antal fokusområden för 2018. Nedan sammanfattar vi åtgärder och resultat för dessa.

14.1.1 Kvalitetsledningssystem

Fokusområde	Åtgärder	Resultat
Slutföra implementeringen av vår nya ledningssystemplattform för systematiskt kvalitetsarbete	Arbetet har gått framåt på ett bra sätt och det nya ledningssystemet används allt mer. Det finns några få driftområden och stödfunktioner som inte är klar med flytten men alla är på gång.	!

14.1.2 Förbättringskompetens

Fokusområde	Åtgärder	Resultat
Utveckla rollen som kvalitetsombud och synliggör dess bidrag för kvalitetsutvecklingen i verksamheterna	Kvalitetsombud spelar en allt viktigare roll i det systematiska kvalitetsarbetet. I många verksamheter är de aktiva i arbetet med kvalitetsberättelsen och under kvalitetsdialogen och de deltar	✓

	regelbundet på nätverksträffarna som kvalitetsavdelningen anordnar.	
Utveckla stöd för att genomföra och synliggöra förbättringsarbeten	Kvalitetsombuden har fått tydligare roller och stöd. De jobbar med förbättringar inom ramen för Kvalitetsberättelser och Kvalitetsdialogen. System för att synliggöra förbättringar valde vi att avvakta till nya intranätet är klart.	!

14.1.3 Avvikelse- och synpunktshantering

Fokusområde	Åtgärder	Resultat
Implementera ny avvikelseprocess	Avvikelseprocessen är implementerad och uppdateras löpande	✓
Utveckla hanteringen av inkomna synpunkter i verksamheterna	Hanteringen av inkomna synpunkter är en del av den nya avvikelseprocessen. Vi har tagit fram enklare sett att registrera synpunkter direkt i DF Respons när synpunkterna inte redan kommer via websidan.	✓
Utveckla rapporter från Kvalitetsanalys	Detta är inte påbörjat eftersom vi troligtvis hellre utvecklar webgränssnittet. Behöver ses över 2019.	✗

14.1.4 Mätningar och analyser

Fokusområde	Åtgärder	Resultat
Utveckla infrastruktur för att fånga kvalitetsindikatorer	Det finns system för t.ex. kvalitetsdialoger, journalgranskningar och basala hygienrutiner. Arbetet med en stiftelseövergripande dashboard är påbörjat.	!
Utveckla Kvalitetsanalys och dess användning för egenkontrollen i verksamheterna	Har tagit tydligare steg för att vara en självklar källa för information. Under 2019 kommer integrationen med våra ekonomi-, HR- och andra verksamhetssystem fortsätta.	!

14.2 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2018 har 8 förbättringsteam med sammanlagt 22 medarbetare deltagit i Förbättringskraft med följande förbättringsarbeten:

- Ensamhet - hur kan vi minska din upplevelse av ofrivillig ensamhet? *Bastuplan*
- Minskad oro - genom personcentrerade aktiviteter *Villa Vesta*
- Anpassning av miljön för ökad trivsel med syftet att minska oro. *Starbogården*
- God informationsöverföring skaparsäker vård och omsorg. *Sofiagården*
- Aktivera lyckan - gruppaktiviteter mellan våningarna. *Gläntan/Spinnrocken*
- Meningsfulla aktiviteter - utifrån våra manliga gästers behov. *Norr- och Södergården*
- Välkommen till daglig verksamhet. Uppstart av nya deltagare. *DV Falkenberg*
- Kontaktmannaskapet - med rätt verktyg för ett levande arbete. *Tannefors*

Alla projekt dokumenterades som postrar. Dessa finns tillgängliga i en sökbar databas på intranätet som inspirationskälla för andra verksamheter och för att öka lärandet i organisationen.

14.3 Kvalitetsdialog

Under 2018 har kvalitetsavdelningen genomfört 40 dokumenterade kvalitetsdialoger. I år har vi för andra gången använt en tre-gradig skala där verksamhetsföreträdare tillsammans med kvalitetsavdelningen bedömer drygt 50 frågor kring verksamhetens kvalitetsarbete. Skattningen kan ses som ett mått för verksamhetens kvalitetsmognad och ger vägledning för att prioritera utvecklingsinsatser. I Figur 2 redovisar vi medelvärden av alla dialoger uppdelade efter kvalitetsområdets skattning utifrån struktur-, process- och resultat kvalitet samt skillnaden mot föregående år.

Område	Kvalitetsdialog 2018			Skillnad mot 2017		
	Struktur	Process	Resultat	Struktur	Process	Resultat
Styrdokument och ledningssystem	2,6	2,5	2,6	0,13	0,14	-0,02
Risikanalyser	2,6	2,7	2,8	0,29	0,22	0,30
Avvikelsehantering	2,7	2,6	2,6	0,06	-0,05	0,06
Egenkontroll	2,7	2,7	2,4	0,16	0,11	0,11
Kunskap och kompetens	2,6	2,6	2,8	0,24	0,10	-0,03
Samverkan	2,9	2,8	2,9	0,11	0,05	0,13

Figur 2. Kvalitetsmognad i organisationen. Medelvärden och skillnad mot föregående år av skattningar i kvalitetsdialogen (n= 40).

Resultaten ovan visar att verksamheterna har förbättrats inom alla utom 4 områden. Försämringen inom avvikelsehanteringen beror på några få verksamheter som har haft stora problem med detta. Jämförelsen mot tidigare år måste dock tolkas försiktigt eftersom vi också har ändrat vissa delfrågor och utvecklat själva skattningen.

Lägst resultat finns inom områden ledningssystem och styrdokument vilket beror på att inte alla verksamheter har varit överflyttat till vår nya plattform. Arbetet med riskanalyser i verksamheterna har varit ett fokusområde under 2018 vilket visas i den tydliga förbättringen i kvalitetsdialogens skattningar. Som generella utvecklingsområden kvarstår som i fjol egenkontrollen.

14.4 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt under 2018. Alla 40 verksamheter har skrivit sina egna berättelser. Kvalitetsavdelningen har hjälpt till med att ta fram rapporterna 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 2019. De enskilda rapporterna kommer att användas i kontakt med beställare och andra externa intressenter. Berättelserna följs upp under årets kvalitetsdialog och ligger också till grund för denna, stiftelseövergripande berättelse. Vidare så är de enskilda kvalitetsberättelserna ett bra arbetsmaterial för verksamheternas kvalitetsombud.

14.5 Verksamhetsområdesspecifika insatser

Hälsa & Vård

- Verksamhetsområdet har jobbat aktivt tillsammans med kvalitetsavdelningen kring kompetensutveckling för **avvikelsehanteringen** och bättre processer för bl.a. hanteringen av allvarliga avvikelser. Vidare har fler personer och roller involverats lokalt i avvikelsearbetet, vi tar idag upp allvarligare avvikelser i områdets ledningsgrupp och följer upp vår statistik och våra mönster i samband med kvalitetsdialogen.
- Analys och åtgärd av resultat i nationella patientenkäten (NPE) har utgått från bemötande och vår analys av patientklagomål som visar på att största delen av de patienter som upplever dåligt bemötande anger att det skett i samband med telefonrådgivning. Därför har vi implementerat ett program för interkollegialt stöd och lärande för bättre samtalsteknik och bemötande. Det är utformat som föreläsning och därefter återkommande medlyssning i telefonrådgivningen samt efterföljande reflektion och feedback.

Rehab & Funktionshinder

- I verksamheterna fortsätter vi att göra olika mätningar, såsom SKLs **brukarundersökningar** och KUPP, samt arbetar utifrån dessa med handlingsplaner. Det finns dock kvar att utveckla och vi behöver ta fram en kartläggning över de mätningar vi genomför samt utveckla systematiken i arbetssätten.
- Verksamhetsområdet har arbetat vidare med **kvalitetsindikatorer** och med det omtag som nu görs med mål och uppföljning kommer det generera indikatorer för uppföljning även på områdesnivå. Ett bra exempel är avvikelser där vi redan idag mäter på olika sätt på verksamhetsnivå och som ska skalas upp till områdesnivå.

Äldreomsorg & Hospice

- Verksamhetsområdet har arbetat för en fortsatt utveckling av ett personcentrerat förhållningssätt samt identifierat fokusområden utifrån verksamheternas behov, dialog med boende, närstående och medarbetare, avvikelser, kvalitetsdialog samt resultaten i nationella brukarenkäten.
- Under året har vi även fortsatt processen med att utveckla och implementera områdets kvalitetsindikatorer.

14.6 Verksamhetsområdesspecifika kvalitetsindikatorer

Ett av Bräcke diakoni styrkortsmål för 2018 var att börja sammanställa och följa upp relevanta kvalitetsindikatorer för varje verksamhet. Förutsättningarna ser olika ut för varje verksamhetsområde. Nedan sammanfattas arbetssätt och resultat:

14.6.1 Hälsa & Vård

Beställande region/landsting samlar in kvalitetsindikatorer via verksamhetssystemen. Utmaningarna är att indikatorerna ser olika ut i de olika regionerna, att få tillgång till dessa data och att presentera dem i lämplig form. Här finns det fortfarande ganska stora utmaningar att komma åt systemen för att kunna använda data i vårt eget system Kvalitetsanalys. I hela verksamhetsområdet har man tagit fram en uppsättning nyckeltal som följs upp regelbundet

14.6.2 Rehab & Funktionshinder

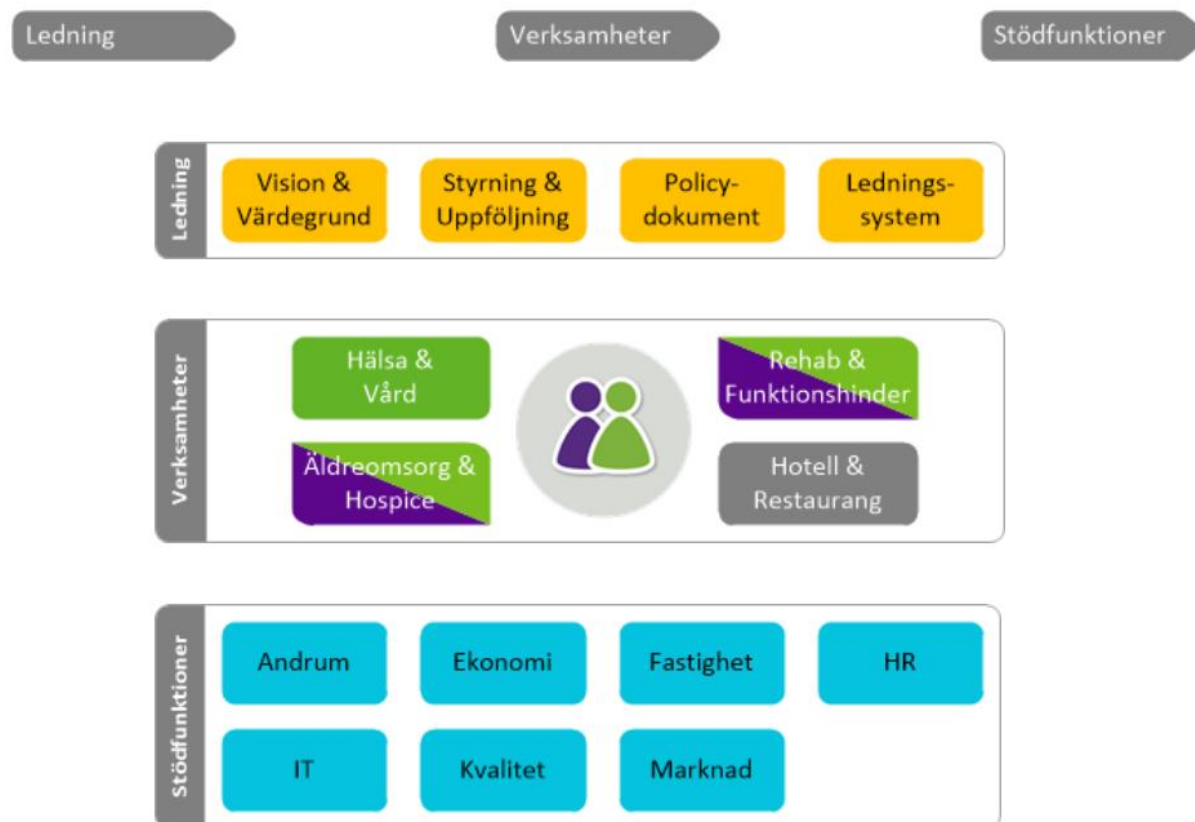
Verksamhetsområdet Rehab & Funktionshinder är mycket diversifierat. Det visade sig att det är svårt att hitta gemensamma indikatorer och arbetet har inte gått så fort som vi hade hoppats. Alla verksamheter deltar i nationella brukarenkäter där de finns och övriga gör egna som bygger på KUPP. Vissa mätningar görs dock inte varje år varför kontinuiteten haltar.

14.6.3 Äldreomsorg & Hospice

Inom äldreomsorgen finns det ett flertal nationella mätningar och man har beslutat vilka indikatorer som ska följas upp. Vidare så finns flera nationella kvalitetsregister som är relevanta. Här pågår uppbyggnaden av en mätinfrastruktur för datainsamling och analys.

14.7 Ny plattform för kvalitetsledningssystemet

Under 2018 har arbetet med att bygga en ny plattform för hanteringen av styrdokument i ledningssystemet färdigställts. Plattformen bygger på MS Sharepoint och kommer framöver integreras i ett helt nytt intranät. Den är nu i produktion och kan hantera lednings-, verksamhets- och stödprocesser (Fig. 3) samt tillhörande styrdokument och följer Socialstyrelsens ledningssystemföreskrift (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet strukturerar alla styrdokument efter dokumenttyp, innehåll, processteg och giltighetsområde. Dessa egenskaper hanteras som taggar i varje dokument och gör att dokumentet hamnar på rätt ställe direkt när det publiceras. Taggningen följer verksamheternas processteg och underlättar därmed navigering i processer och tillhörande styrdokument. Systemet hanterar dokumentversioner vilket gör att varje dokument är unikt och vi undviker att det förekommer kopior på liknande dokument på flera ställen. Det finns även en systematisk godkännande- och revisionsprocess. Flytten från det gamla systemet har gått något långsammare än planerad men vi räknar med att alla verksamheter och stödfunktioner är överflyttad under våren 2019.



Figur 3. Startside för Bräcke diakonis processorienterade ledningssystem.

14.8 Avvikelser

Avvikelsehanteringen är en central del av vårt förbättringsarbete och lärande. Alla verksamheter har system för att fånga upp fel och brister och det finns väl förankrade arbetssätt hur dessa hanteras. En av utmaningarna är att vi som utförare i vissa kommuner och landsting är tvungna att använda beställarens system. Dessa har i de flesta fall sämre funktionalitet gällande gradering av avvikelsernas allvarlighetsgrad och möjlighet till analyser, vilket försvårar vår hantering av avvikelserna likväl som vårt utvecklingsarbete och därtill minskar vår möjlighet till lärande. DF Respons infördes på Bräcke diakoni 2014 vilket standardiserade avvikelsehanteringen och ökade på så sätt systematiken och är idag ett mycket värdefullt verktyg för att hantera, förebygga och undvika fel och brister.

Vi lyckades tidigare att föra över avvikelsestatistik från externa system men tyvärr blev utredningen av avvikelserna väldigt otympligt när den sker i flera olika system. Av denna anledning har vi under 2018 varit tvungna att kräva att alla våra verksamheter använder DF Respons som sitt huvudsystem för avvikelsehantering.

14.8.1 Antal avvikelser och synpunkter

Antalet avvikelser och synpunkter har varit ungefär på samma höga nivå som föregående år (Tab. 1). Detta är mycket positivt och ett direkt resultat av vårt arbete att synliggöra fel och brister samt risker för dessa vilket skapar transparens och lärande i hela organisationen. För att hantera förändringar i organisationens storlek är det intressant att jämföra antal avvikelser per medarbetare (medeltal för helårsarbeten under året). Vi ser en tydlig ökning från 1,6 (2015) till 2,4 (2018) avvikelser per medarbetare som visar att ökningen faktiskt beror på en större medvetenhet för avvikelser och en bättre avvikelsekultur.

Titta man på de olika verksamhetsområden så ser man tydligt att äldreomsorgen har flest avvikelser vilket till största del beror på att det förekommer väldigt många enklare fallavvikelser. Ökningen i avvikelserregistreringen har varit störst inom området Hälsa & Vård från 200 till nästa 300 avvikelser per år (Tab. 1)

Under 2018 har 109 synpunkter och klagomål inkommit direkt från patienter, brukare eller närstående. Siffran bygger på antalet synpunkter som är registrerade i vårt digitala system. Antal synpunkter har legat på samma nivå under de senaste åren men vi tror att detta är en underskattning av det totala antalet eftersom många synpunkter hanteras lokalt direkt i kontakt med patienter, brukare och närstående. Under 2018 har vi förbättrat möjligheten till att registrera inkomna synpunkter men det verkar som att det finns behov att under 2019 fortsätta med att se över hur vi kan underlätta verksamhetschefernas arbete med den systematiska synpunktshanteringen.

Tabell 1. Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2014 – 2018.

Antal avvikelser per år	2015	2016	2017	2018
Hälsa & Vård	95	107	197	292
Rehab & Funktionshinder	457	573	762	683
Äldreomsorg & Hospice	1066	1595	1749	1714
Övriga	23	19	18	23
Totalt	1641	2294	2726	2712
Totalt per medarbetare	1,6	2,1	2,4	2,4
Antal synpunkter	81	112	127	109

14.8.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Ett 40-tal inträffade händelser har utretts enligt lex Sarah och lex Maria samt två personuppgiftsincidenter enligt det nya GDPR-regelverket. Av dessa har 10 händelser/avvikelser anmälts till IVO samt 2 till Datainspektionen (Tab. 2).

För sex anmälda lex Maria-ärenden svarade IVO att vår ”insatser har varit adekvata samt att vi vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen och har därmed uppfyllt kraven enligt PSL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.”

IVO har avslutat fyra lex Sarah-ärenden med bedömningen att ”vi har fullgjort våra utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med LSS och SoL samt att vi har identifierat orsaker till det inträffade, vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen”.

Två lex Maria-ärenden har avslutats med IVOs bedömning att ”vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.”

Ett lex Sarah- samt tre lex Maria-ärende är fortfarande under utredning hos IVO.

Datainspektionen har efter granskning beslutat att avsluta det första ärendet utan ytterligare åtgärd. Det andra ärendet är under utredning hos Datainspektionen.

Tabell 2. Antal allvarliga avvikelser inom Bräcke diakoni 20165 – 2018 som anmälades till myndigheter enligt gällande regelverk.

Lex Maria	2016	2017	2018
Utredningar		21	17
varav risker för vårdskada	1	0	0
varav vårdskador	3	7	5
Anmällda till IVO	4	7	5
Lex Sarah	2016	2017	2018
Utredningar		29	19
varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	3	0	0
varav allvarliga missförhållanden	3	3	5
Anmällda till IVO	6	3	5
Medicintekniska produkter	2016	2017	2018
Utredningar	2	1	1 ¹⁾
Anmällda till Läkemedelsverket	1	0	0
Personuppgiftsincidenter			2018
Utredningar			2
Anmällda till Datainspektionen			2

¹⁾ Anmälldes endast som lex Maria till IVO, då orsaken inte hade med själva produkten att göra

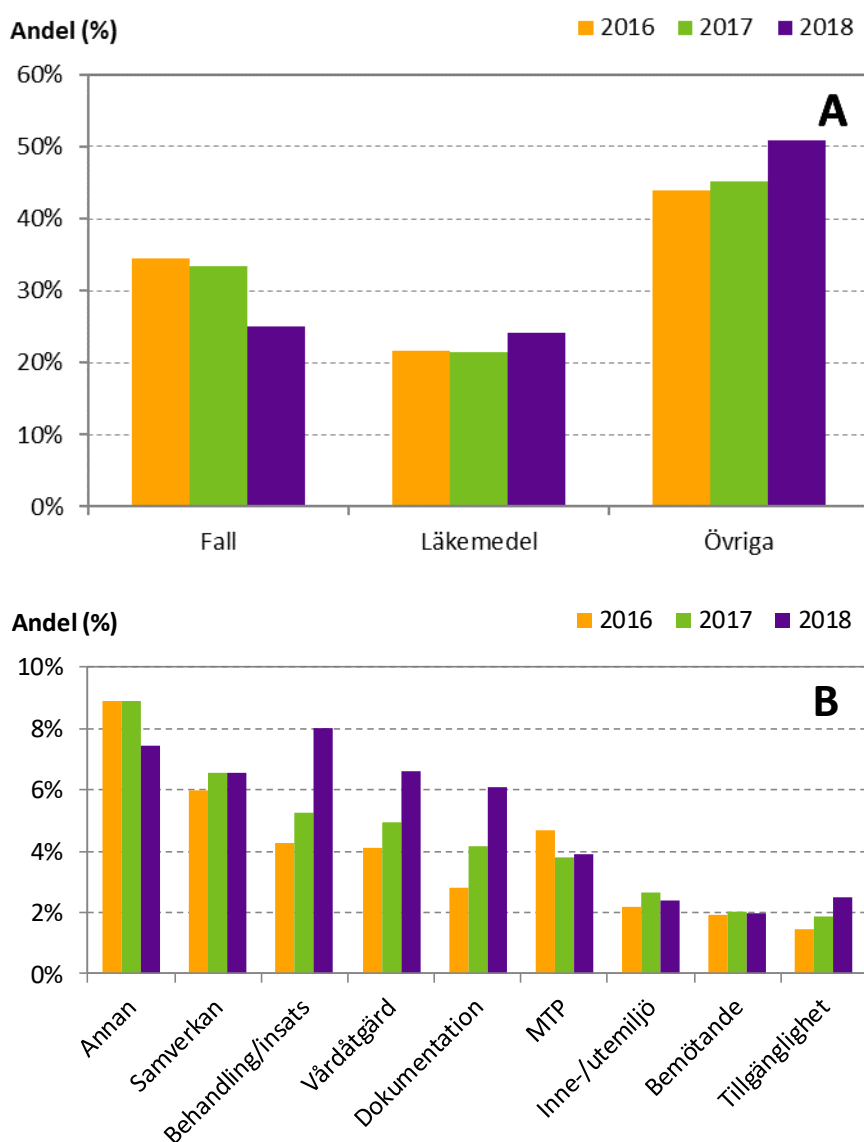
14.8.3 Avvikelse typer

I Figur 4 redovisas fördelningen av olika avvikelse typer. Måttet är beräknat på antal avvikelser i förhållande till det totala antalet under året vilket ger oss ett jämförbart mått över tid.

Som i många liknande vård- och omsorgsverksamheter är de vanligaste orsakerna för avvikelser fall och hanteringen av läkemedel. Under 2018 utgör de tillsammans ca hälften av alla avvikelser. Bland

övriga avvikelser finns huvudsakligen fel och brister i samverkan, behandlingar och insatser, vård-åtgärder samt dokumentation.

Andel fallavvikelser har minskat kraftigt under 2018 vilket beror på att vi har mindre äldreomsorg där fallavvikelser är vanliga. På grund av detta ökar övriga avvikelser procentuellt. Positivt är att andelen avvikelser av typen "Annat" minskar vilket tyder på att registreringen blir mer specifik.

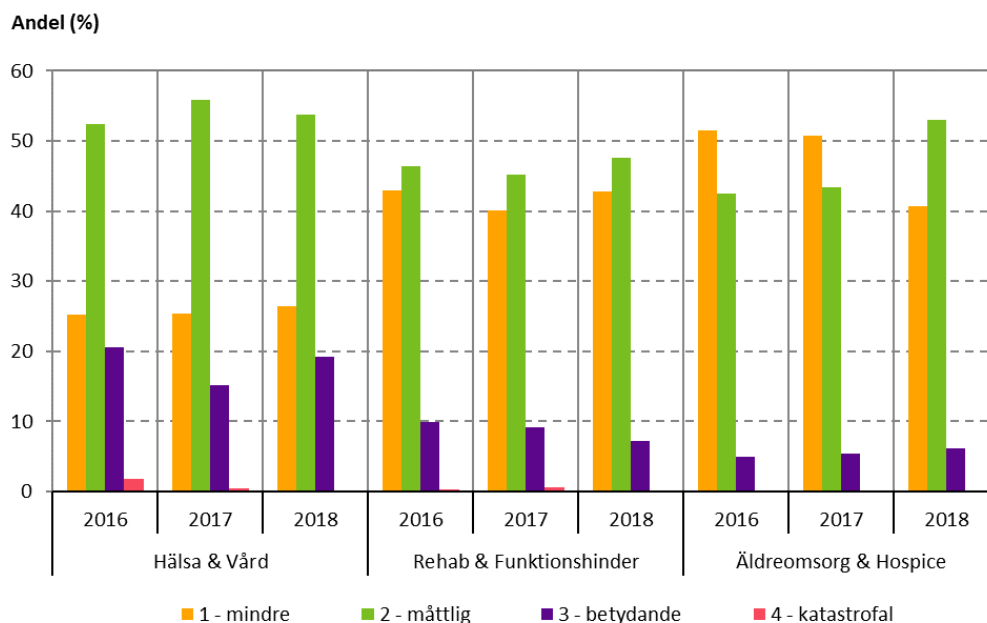


Figur 4. Andel av de vanligaste avvikelsestyper under 2016-2018 (A). Övriga avvikelsestyper (> 1 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

14.8.4 Allvarlighetsgrad

I vårt system för avvikelshantering (DF Respons) graderas alla avvikelser efter SKL:s Handböcker för risk- och händelseanalyser^{4,5} i fyra steg: 1-Mindre, 2-Måttlig, 3-Betydande, 4-Katastrofal. Vidare så anges sannolikheten att ett fel inträffar igen också in en 4-gradig skala: 1 – mycket liten, 2 – liten, 3 – stor, 4 – mycket stor. Grad 1 och 2 hanteras (Allvarlighet eller Sannolikhet) av verksamhetscheferna själva medan MAS, MAR eller SAS är delaktiga i utredningen vid grad 3 och leder utredningen av alla grad 4-avvikelser.

Vissa kommuner använder dock andra graderingar än SKL:s. I Stockholms stads system finns t.ex. ingen gradering medan man i Linköpings kommun (Treserva) använder en annan skala. Detta gör jämförelser svåra och innebär ibland att viss information måste registreras dubbelt eftersom kommunernas system inte är anpassade efter SKL:s gradering.



Figur 5. Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och verksamhetsområde inom Bräcke diakoni under 2016–18. Data från DF Respons och Treserva.

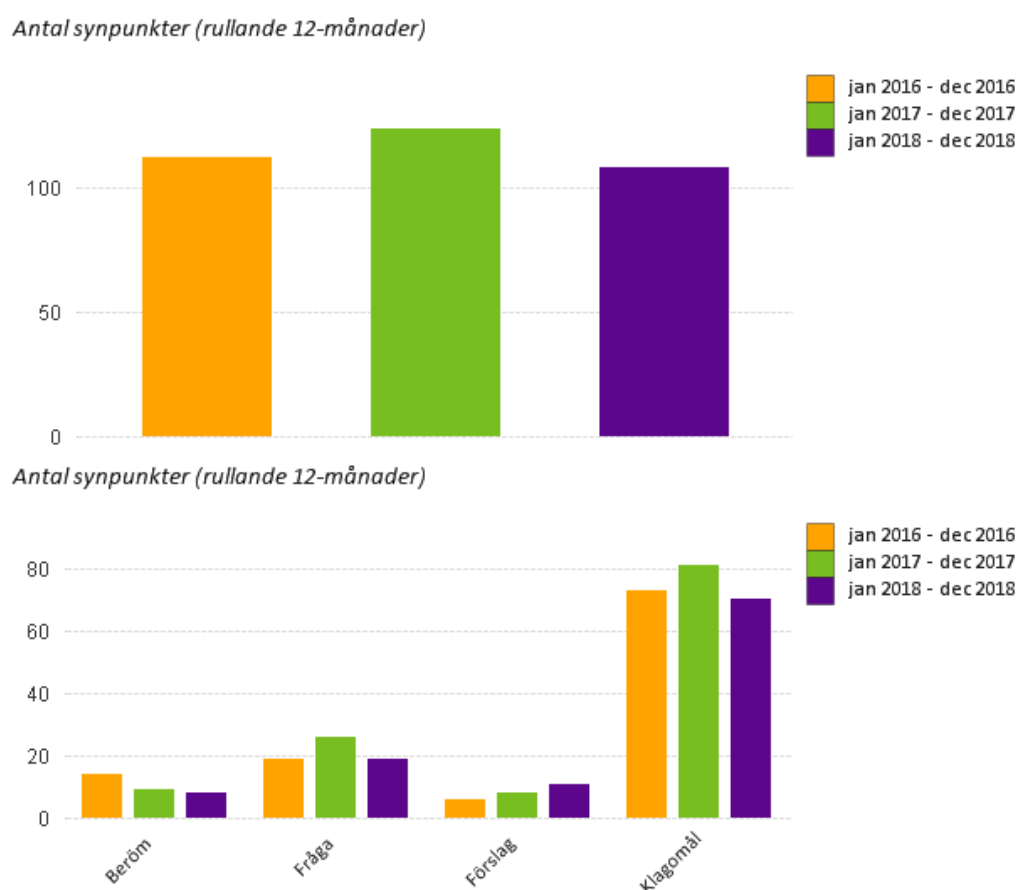
Tittar man på utvecklingen över tid (Fig. 5) kan man se att Hälsa & Vård har betydligt fler allvarliga avvikelser (Grad 2 och 3) än Rehab & Funktionshinder och Äldreomsorg & Hospice. Detta tyder på att man registrerar avvikelser först när de blir allvarligare vilket är ett problem då det försenar

⁴ SKL, 2015: [Riskanalys och händelseanalys](#). Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 98 s.

⁵ SKL, 2011. [Modell för risk- och händelseanalys](#). Systematiskt förbättringsarbete inom Individ och Familjeomsorgen. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 86 s.

upptäckten av avvikelser i tid. Ett liknande mönster finns inom Äldreomsorg & Hospice vilket är en tydlig skillnad mot föregående år. Detta behöver analyseras och åtgärdas under 2019. Fördelningen av allvarlighetsgraden inom Rehab & Funktionshinder är ganska lik under de senaste 3 åren vilket tyder på en stabil process

14.8.5 Synpunkter och klagomål



Figur 6. Antal registrerade synpunkter från patienter, brukare eller närstående samt typ av synpunkt för åren 2016 – 18.

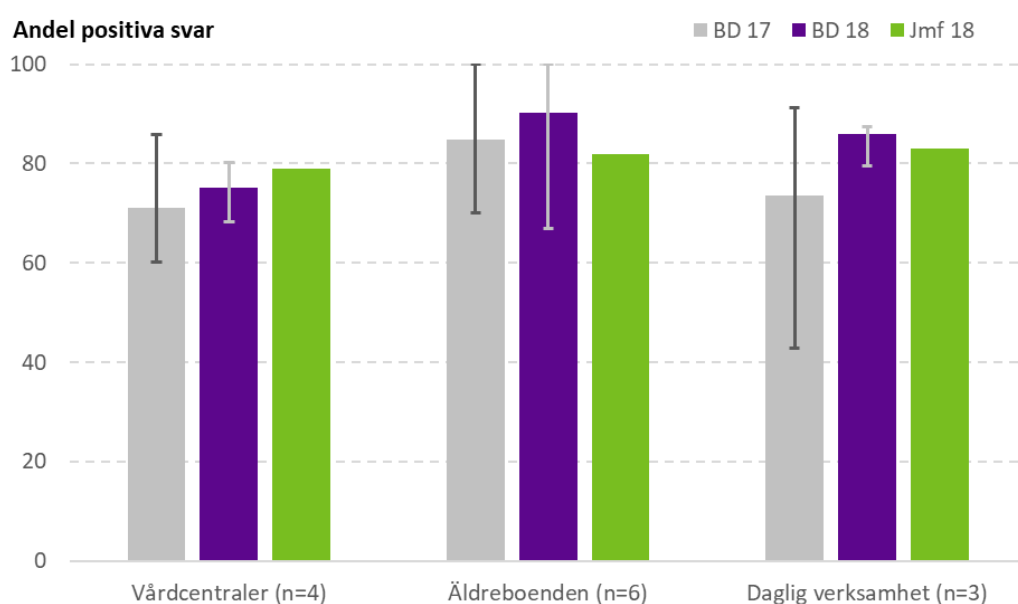
Antal registrerade synpunkter varierar lite under de senaste 3 åren och omkring 70 % av alla synpunkter avser klagomål (Fig. 6). Det är dock svårt att dra några slutsatser från detta, då det troligtvis finns ett stort mörkertal eftersom många synpunkter hanteras direkt utan registrering. Detta är ett utvecklingsområde för 2019.

14.9 Översikt patient-/brukarnöjdhet

I Figur 7 sammanfattar vi nöjdheten hos brukare/patienter i ett antal verksamhetsgrupper där det finns tillgängliga data. Underlaget kommer från olika undersökningar där frågor efter nöjdhet har ställts på olika sätt. Som jämförelse redovisas medelresultat i liknande verksamheter i kommuner,

regioner eller hela landet. Vi kan konstatera att i alla verksamhetsgrupper är över 75% av våra patienter/brukare nöjda eller mycket nöjda med våra insatser. Inom äldreomsorgen ligger medelvärdet på 90% och inom Daglig verksamhet på 86%. Inom alla verksamhetsområden har nöjdheten förbättrats avsevärt jämfört med 2017 samtidigt som variationen har minskat vilket är mycket positivt.

Som förra året ligger våra äldreboenden och daglig verksamhet i snitt högre än medelvärdet i jämförbara verksamheter. Våra vårdcentraler ligger något under snittet men har gjort tydlig ökning mot 2017.



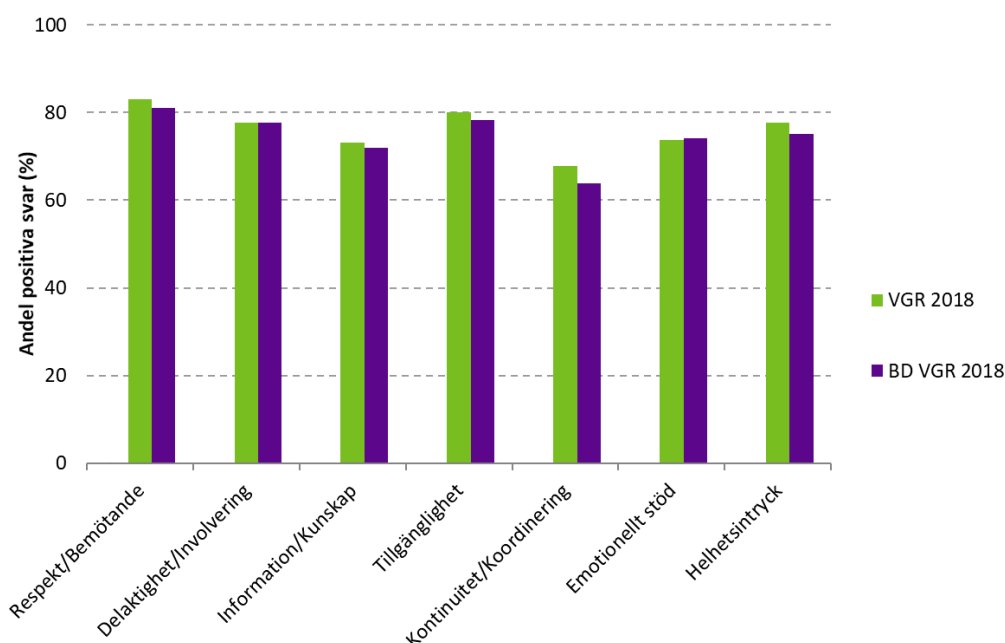
Figur 7. Översikt över nöjdhet hos patienter och brukare i våra verksamheter 2018 (BD 18) samt jämförelse med föregående år (BD 17) och medelvärden i kommuner, regioner eller hela landet (Jmf 18). Felstaplar anger min- och max-värden i de enskilda verksamheterna, *n* anger antal verksamheter i respektive grupp. Jämförelsedata: Vårdcentraler - Medelvärden hela VGR, Äldreboenden - Medelvärden Stockholm, Linköping Alingsås, Daglig verksamhet - Medelvärde av alla dagliga verksamheter i Sverige

14.10 Resultat efter verksamhetsområden

Tillgången till mätningar av kvalitet skiljer sig mellan verksamhetsområden. Inom Äldreomsorg & Hospice och Hälsa & Vård finns t.ex. ett flertal etablerade kvalitetsregister och andra nationella undersökningar som kan användas medan inom delar av Rehab & Funktionshinder är tillgången på nationella data sämre. Under 2018 har alla verksamhetsområden fortsatt med att få syn på sin kvalitet relevanta indikatorer. Vi har under året också börjat utveckla en gemensam översikt i vår analysplattform Kvalitetsanalys.

14.10.1 Hälsa & Vård

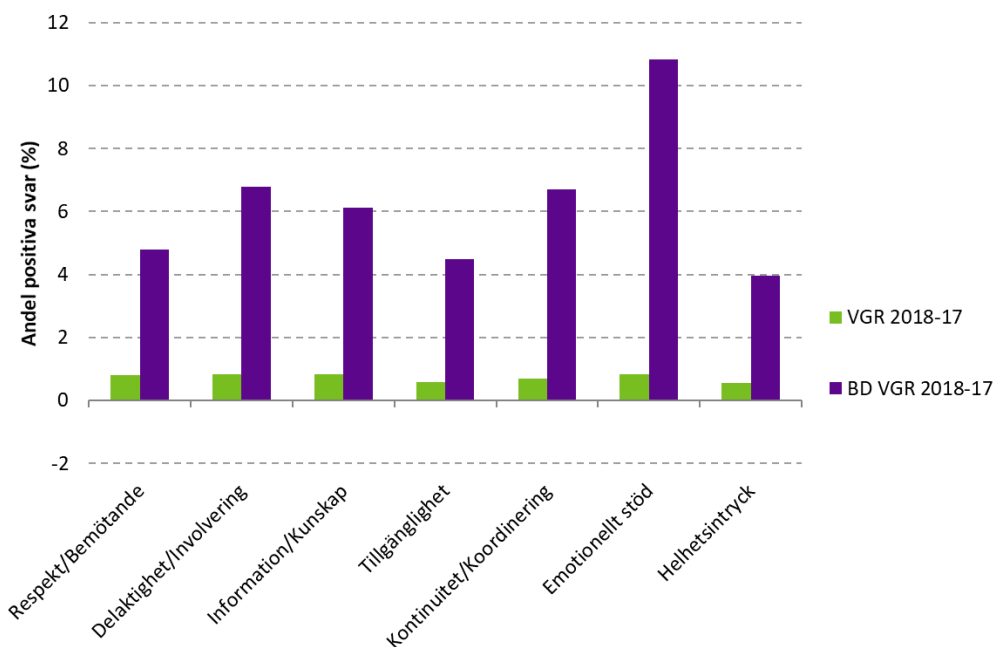
SKL genomför en nationell undersökning om patienters upplevelser av vården på landets vårdcentraler⁶. Undersökningen bygger på frågor som grupperats i olika områden som t.ex. Respekt och Bemötande, Tillgänglighet, Emotionellt stöd m.fl. och redovisas i andel positiva svar. Medan Västra Götalandsregionen genomför undersökningen årligen så valde Region Jönköpings län att bara vara med vartannat år. Detta innebär att det för 2018 endast finns data för VGR. I Figur 8 visas medelvärden för Bräcke diakonis vårdcentraler i Västra Götalandsregionen (VGR) i förhållande till medelvärdet för alla vårdcentraler i hela VGR för 2017 och 2018.



Figur 8. Nationell patientenkät Primärvård 2018. Medelvärden för Bräcke diakonis vårdcentraler i VGR i jämförelse med medelvärdet för alla vårdcentraler i VGR. Data från patientenkaten.se

Bräcke diakonis vårdcentraler visar bättre resultat än medelvärdet för alla regioner inom dimensionerna Delaktighet/Involvering samt Emotionellt stöd. Övriga dimensioner ligger strax under medelvärdet. Intressant är att våra vårdcentraler i VGR har förbättrats i princip på alla områden (Fig. 9). Särskilt kan lyftas fram förbättringarna inom områdena Delaktighet/Involvering samt Emotionellt stöd.

⁶ För mer information om den nationella patientenkäten, se patientenkaten.se



Figur 9. Nationell patientenkät Primärvård - förändring mellan 2018 och 2017. Medelvärden för Bräcke diakonis vårdcentraler i VGR i jämförelse med medelvärden för alla vårdcentraler i regionen. Positiva värden anger förbättringar och negativa värden visar försämringar. Data från patientenkät.se

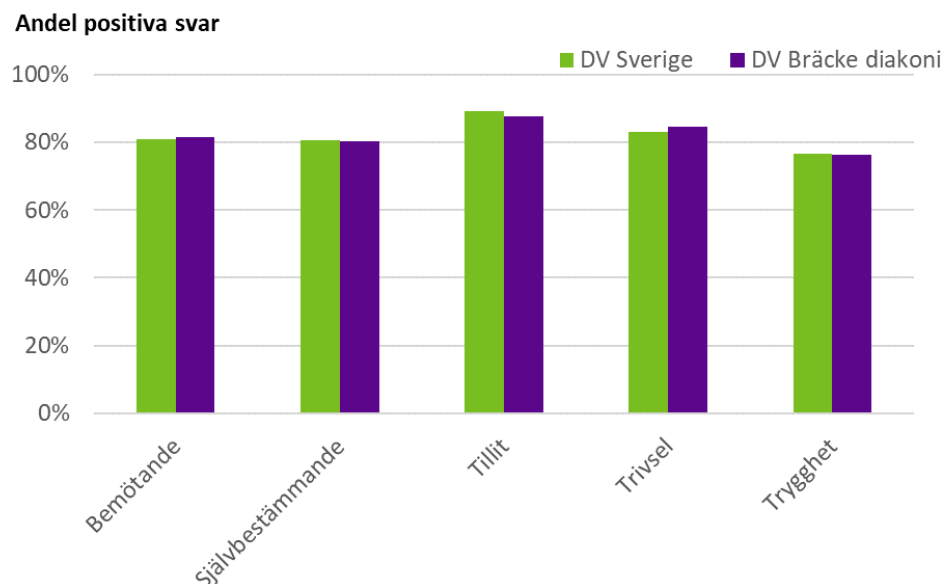
14.10.2 Rehab & Funktionshinder

Inom verksamhetsområdet Rehab & Funktionshinder använder flera verksamheter olika patientenkäter och synpunktslådor för att utvärdera sin verksamhet. Även brukar- och närståenderåd är utbredda arbetssätt. Nedan sammanfattas resultat där det finns data och där man kan jämföra med andra verksamheter eller över tid.

Sedan 2016 har man genomfört en nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet inom ramen för Öppna jämförelser⁷. Bräcke diakoni har deltagit med dagliga verksamheter (Verksam, Lerum och Falkenberg) samt boenderehabiliteringen Mellangården.

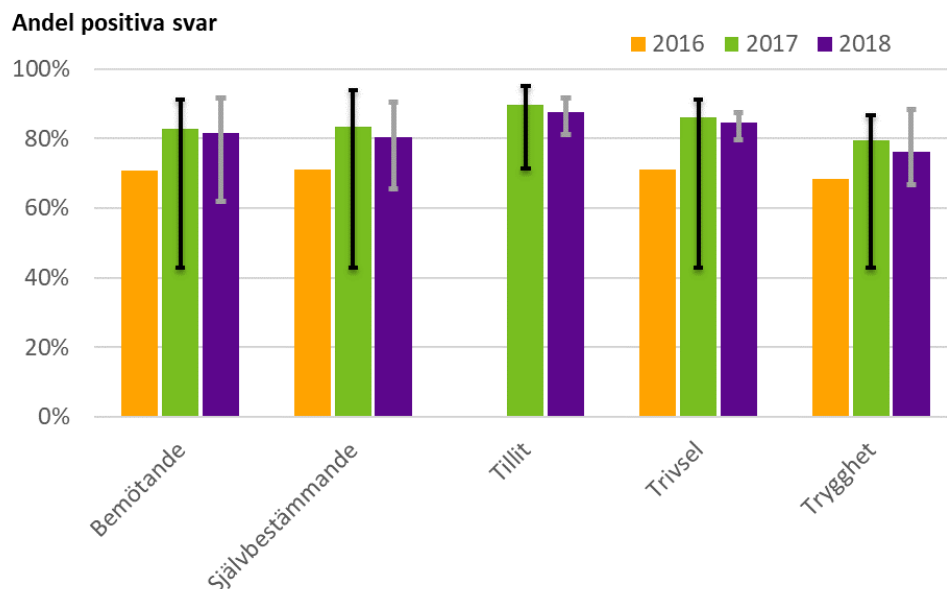
Frågorna i undersökningen avser kvalitetsområdena bemötande, självbestämmande, tillit, trivsel och trygghet. Nedan redovisas resultat för Bräcke diakonis dagliga verksamhet för 2016 – 2018 samt i jämförelse med medelvärdet för alla dagliga verksamheter som har deltagit i undersökningen under 2018.

⁷ <https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/brukarundersokningfunktionshinder.11638.html>



Figur 10. Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet 2018. Jämförelse av Bräcke diakoni med medelvärdet för alla dagliga verksamheter i Sverige. Datakälla: kolada.se

Resultatet visar att Bräcke diakonis verksamheter ligger i snitt runt riksmedelvärdet (Fig. 10). Resultatet på medelvärdet har sjunkit något sedan föregående år men variationen har minskat drastiskt vilket är mycket positiv (Fig. 11).

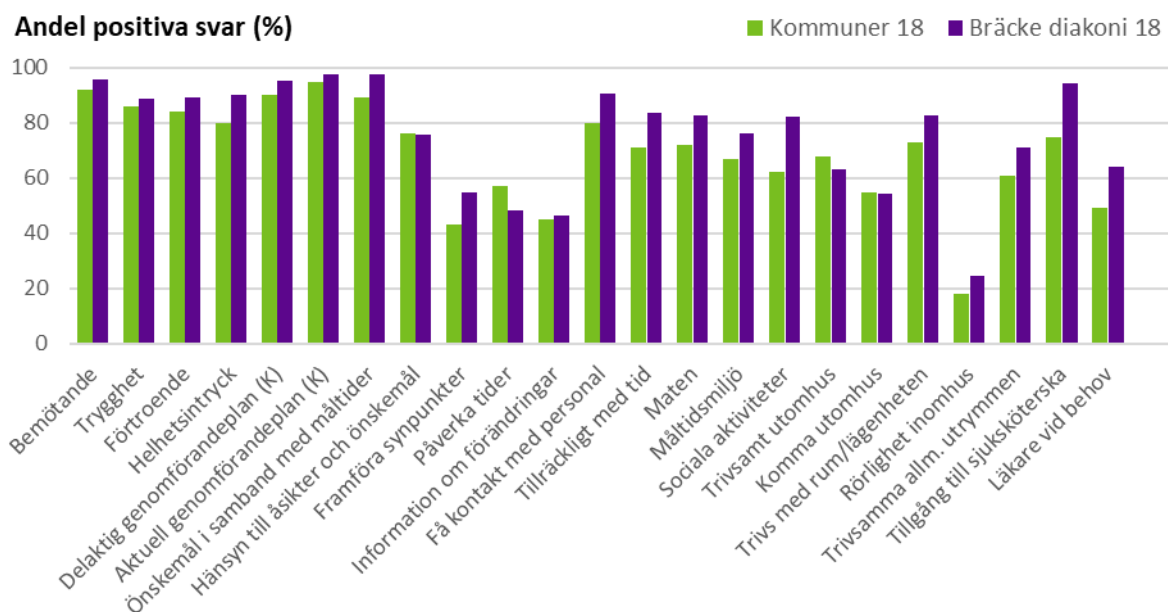


Figur 11. Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet 2016–18. Variationen anges som felstaplar som anger lägsta och högsta resultat i Bräcke diakonis verksamheter. Datakälla: kolada.se

14.10.3 Äldreomsorg & Hospice

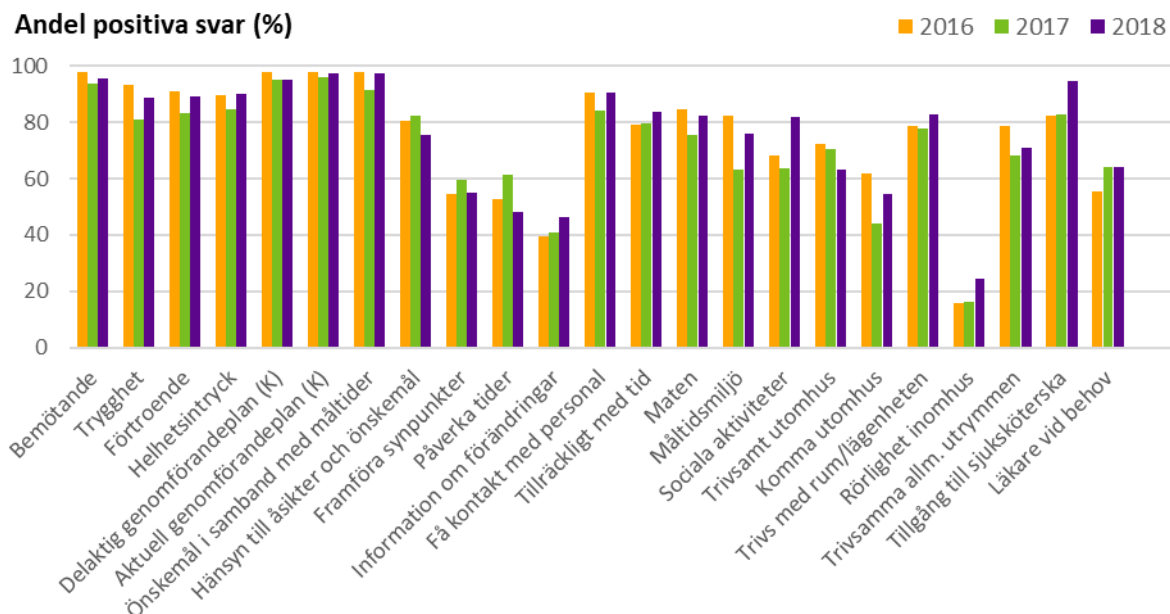
Socialstyrelsen genomför varje år en kommun- och enhetsundersökning samt undersöker vad de äldre tycker om äldreomsorgen⁸. Undersökningarna har diskuterats under ett antal år och det finns bland annat svårigheter med att kommun- och enhetsundersökningen bygger på självrapporterade data och att många äldre har svårigheter att fylla i enkäter på grund av kognitiva nedsättningar. Resultat av dessa undersökningar bör därför tolkas med försiktighet och kräver noggranna analyser i verksamheten. För att göra jämförelsen meningsfull redovisas nedan medelvärdet endast för de verksamheterna som vi bedrev under 2018 och där det finns tillräckligt med inrapporterade data för respektive verksamhet.

I Figur 14 jämför vi våra resultat med medelvärdet i alla särskilda boenden för äldre i de kommunerna vi har bedrivit verksamhet under 2018 (Stockholm, Linköping och Alingsås). Bräcke diakonis resultat ligger över medelvärdet för kommunerna i 19 av 23 indikatorer (Fig. 14). I de flesta fallen är skillnaden flera procentenheter. Två indikatorer är tydligt sämre än kommunernas (påverka tider och trivseln utomhus). Övriga två är på samma nivå som kommunernas resultat.



Figur 14. Bräcke diakonis verksamhets resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2018 samt jämförelser med medelvärdet för alla verksamheter i de kommunerna Bräcke diakoni har verksamhet (Stockholm, Linköping och Alingsås). Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen (K) för följande enheter: Bastuplan, Fristad, Ginstgården, Hornstull, Sjöstadsgården, Sofiagården. Datakälla: kolada.se

⁸ Läs mer på [Socialstyrelsens undersökningar av äldreomsorg](https://socialstyrelsen.se/undersokningar-av-aldreomsorg)



Figur 15. Bräcke diakonis verksamhets resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2015, 2016 och 2018. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen (K) för följande enheter: Bastuplan, Fristad, Ginstgården, Hornstull, Sjöstadsgården, Sofiagården.

Datakälla: kolada.se

Under 2018 har av sammanlagt 23 indikatorer 17 förbättrats och 4 försämrats, övriga är mer eller mindre oförändrade (Fig. 15). Här kan man lyfta fram att bemötande, trygghet, förtroende och helhetsintrycket har förbättrats signifikant. Och att bemötandet upplevs positivt av 93% av alla svarande. Det finns tydliga försämringsringar kring möjligheten för de äldre att påverka vardagsbesluten (hänsyn till åsikter, framföra synpunkter, påverka tider) samt trivseln utomhus. Arbetet med de sistnämnda bör ses över under 2019.

15 Strategier fokusområden för det kommande året

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2018 fokusera på följande områden:

15.1 Stiftelseövergripande aktiviteter

Egenkontroll

- Utveckla den systematiska egenkontrollen på verksamhetsnivå

Kvalitetsledningssystem

- Slutföra flytt av de återstående verksamhetsområden och stödfunktioner till nya plattformen
- Tydliggöra koppling och skillnad till nya intranätet

Kompetens och kapacitet för förbättringar

- Synliggöra förbättringar i nya intranätet

Avvikelse- och synpunktshantering

- Utveckla stödet till att hantera inkomna synpunkter
- Utveckla Kvalitetsanalys och dess användning för egenkontrollen i verksamheterna

Mätningar och analyser

- Ta fram en stiftelseövergripande *dashboard* för verksamheternas resultat
- Integrera användning av statistik från Kvalitetsanalys i verksamheternas egenkontroll

15.2 Verksamhetsområdesspecifika insatser

Hälsa & Vård

- Utveckla avvikelse- och synpunktshanteringen

Rehab & Funktionshinder

- Fortsätta med att systematisera och sammanställa befintliga mätningar
- Utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på områdesövergripande nivå

Äldreomsorg & Hospice

- Se över resultaten i nationell brukarenkäten för den äldres delaktighet kring att utforma vardagen
- Analysera förändringar i avvikelsemönstret, minskning av fallavvikelser mm

Stödfunktioner

- Utveckla hanteringen av avvikelser
- Utveckla samordningen av stödfunktionernas processer

