Bräcke diakoni

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

för

Stiftelsen Bräcke diakoni

Bräcke diakoni Stockholm AB

Bräcke diakoni Vallentuna AB

Upprättad av

Thomas Schneider, utvecklingschef
Sara Dahlin, verksamhetsutvecklare
Lotta Forsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Anna Maria Norberg, tf socialt ansvarig samordnare

© Bräcke diakoni - februari 2020

## Innehåll


1 Sammanfattning ... 5
1.1 Uppföljning av handlingsplanen för 2019 ... 5
1.2 Handlingsplan för 2020 ... 5
2 Inledning ... 6
3 Strategier och handlingsplan ... 7
3.1 Stiftelseövergripande handlingsplan ... 7
3.2 Verksamhetsområdesspecifika insatser ... 7
4 Organisation och ansvar ... 8
4.1 Ledningssystemet ... 8
5 Systematiskt förbättringsarbete ... 9
6 Riskanalyser ... 11
6.1 Riskanalyser på organisationsnivå ... 11
6.2 Riskbedömningar på individnivå ... 11
7 Egenkontroll ... 12
7.1 Kvalitetsdialog som internrevision ... 12
7.2 Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview ... 12
7.3 Externa revisioner ... 13
7.4 Övriga datakällor ... 14
8 Avvikelsehantering ... 14
8.1 Avvikelser ... 14
8.2 Klagomål och synpunkter ... 16
9 Medarbetarnas delaktighet ... 16
10 Samverkan och omvärldsbevakning ... 17
10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare ... 17
10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående ... 17
10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer ... 18
10.4 Forskning ... 19
11 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete ... 20
12 Miljöarbete ... 21
13 Informationssäkerhet ... 22
14 Resultat ... 23
14.1 Uppföljning av handlingsplan för 2019 ... 23
14.2 Systematiskt förbättringsarbete ... 24
14.3 Kvalitetsdialog ... 24
14.4 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ... 25
14.5 Verksamhetsområdesspecifika insatser ... 26
14.6 Avvikelser ... 27
14.7 Diakoni i praktiken ... 32
14.8 Resultat efter verksamhetsområden ... 34
15 Strategier och handlingsplan för det kommande året ... 42
15.1 Stiftelseövergripande aktiviteter ... 42
15.2 Driftområdesspecifika insatser ... 42

# 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.

## 1.1 Uppföljning av handlingsplanen för 2019

Nedan sammanfattar vi resultatet av stiftelsens handlingsplan för 2019:

- **Egenkontroll.** Den systematiska egenkontrollen har utvecklats inom flera områden. Det har tagits fram nyckeltal utifrån Bräcke diakonis fyra fokusområden. Gemensamma arbetssätt kring granskning och loggkontroll är under översyn och kvalitetsdialogen har utvecklats och uppdaterats med en verksamhetsenkät.
- **Kvalitetsledningssystem.** Alla verksamhetsområden och stödfunktioner finns nu i den nya plattformen.
- **Kompetens och kapacitet för förbättringar.** Alla våra förbättringar skulle ha synliggjorts på intranätet. Eftersom lanseringen av det nya intranätet blev försenat ligger dessa aktiviteter kvar under 2020.
- **Avvikelse- och synpunktshantering.** Avvikelsehanteringen har utvecklats och det är nu enklare att rapportera och utreda avvikelser. Synpunktshanteringen kommer uppdateras under 2020. Det pågår en integrering av ekonomi och HR med Qlikview som är planerad att ersätta analysplattformen Kvalitetsanalys
- **Mätningar och analyser.** Det pågår en utveckling av en stiftelseövergripande uppföljning av våra strategiska fokusområden som kommer lanseras i början av 2020.

## 1.2 Handlingsplan för 2020

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt stiftelseövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2020 fokusera på följande områden:

- **Synpunktshanteringen.** Förenkla synpunktshanteringen, uppmuntra synpunktsregistrering gällande förslag, beröm och frågor.
- **Kvalitetsdialogen.** Utveckla frågorna så att det blir möjligt att jämföra över tid samt fokusera på nya resultatmått och utveckla uppföljningen av hållbarhetsarbetet i verksamheterna
- **Ledningssystemet.** Integrera ledningssystemet med intranätet och öka användarkunskapen
- **Systematiskt förbättringsarbete.** Utveckla stödet för det systematiska förbättringsarbetet genom att integrera Förbättringskraft med Resultatorienterad styrning (ROS). Synliggöra förbättringar i intranätet.
- **Kvalitetsombud.** Fortsätta att utveckla kvalitetsombudsrollen för det systematiska kvalitetsarbetet
- **Verksamhetsuppföljning.** Utveckla arbetssätt och plattform för strukturerad verksamhetsuppföljning inom de fyra fokusområdena och inom ramen för kvalitetsdialogen.

## 2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värde mellan människor som har behov av utbildning, vård, stöd och omsorg och människor som ger utbildning, vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som verksamheterna och organisationen 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 och stöd till personer med funktionsnedsättningar. Verksamheterna bedrivs både som öppenvård, daglig verksamhet, mottagningar eller som slutenvård/rehab och boenden. Våra 40-tal verksamheter bedrivs i uppdrag av sex regioner (Västra Götalandsregionen, Region Stockholm, Region Östergötland, Region Kronoberg, Region Jönköping, Region Halland) och ett 30-tal kommuner (Göteborg, Ale, Alingsås, Härryda, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Mölndal, Partille, Stenungssund, Tjörn, Orust, Öckerö, Uddevalla, Lilla Edet, Halmstad, Falkenberg, Borås, Eksjö, Mullsjö, Götene, Järfälla, Jönköping, Sävsjö, Nässjö, Linköping, Stockholm, Vallentuna, Uppsala).

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)[1], patientsäkerhetslag (2010:659)[2], hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)[3], socialtjänstlag (2001:453) (SoL)[4], lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) [5] samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (2010:800)[6]. Den följer också Sveriges landsting och regioners (SKR) mall för patientsäkerhetsberättelser[7] och beskriver vårt samlade arbete att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns till för. Bräcke diakonis sammanhållna kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut.

---

[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

# 3 Strategier och handlingsplan

## 3.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2019 på följande områden:

**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

## 3.2 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

# 4 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser Direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen bestod under 2019 av direktor, områdescheferna för verksamhetsområden Äldreomsorg & hospice, Rehab & funktionshinder och Hälsa & vård samt ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: LSS, HSL, Skollagen och SoL. 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 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 och verksamhetsutvecklare sam tre disputerade forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt kvalitetsarbete, ledarskap och civilsamhällesfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Leg personal inom primärvården har i uppdrag att svara för patienternas behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering.

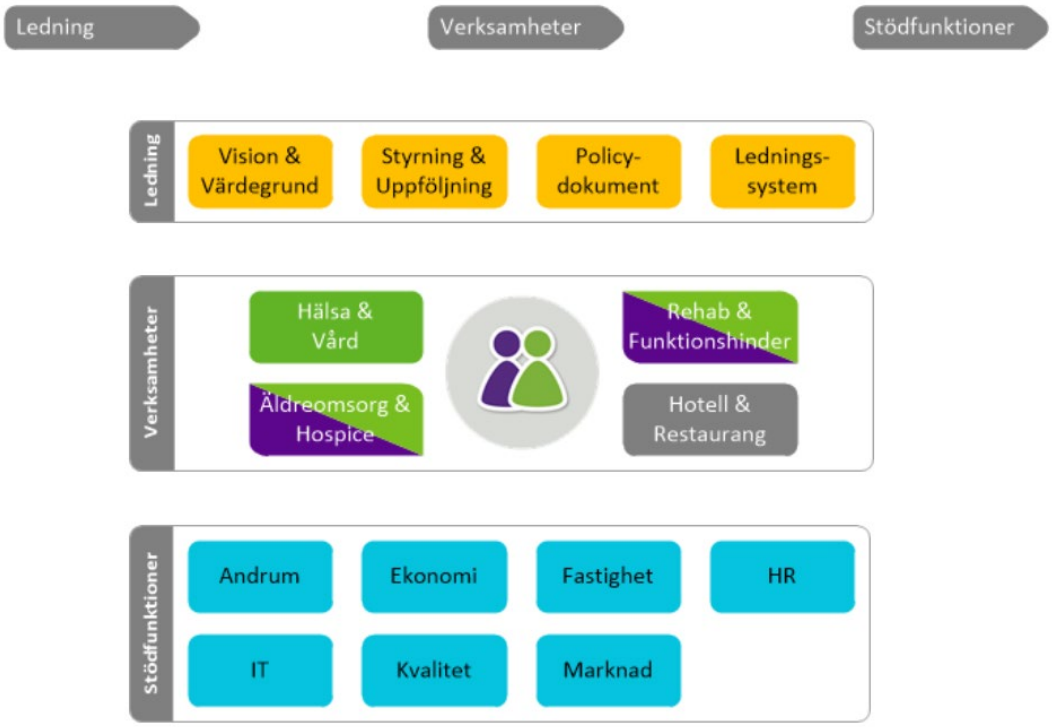
Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

## 4.1 Ledningssystemet

Bräcke diakoni beskriver sina verksamheter i processer som beskrivs i ledningssystemet. Styrdokument 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 styrdokumenten utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksam-

hets behov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.

Under 2019 har arbetet med att bygga en ny plattform för hanteringen av styrdokument i ledningssystemet färdigställts. Plattformen bygger på MS SharePoint och hanterar våra lednings-, verksamhets- och stödprocesser (Fig. 1) 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.




**Figur 1.** Startsida för Bräcke diakonis processorienterade ledningssystem.

## 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 eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas *Förbättringskraft*. Utgångspunkten för detta arbete är att välfärdens värdeskapande sker i mötet mellan den som har behov av och den som ger utbildning, vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares kompetens och engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. *Förbättringskraft* har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna och 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: barn, 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*[8]. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft. Det finns ett 70-tal förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

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.

Vidare så har vi under året utökad användningen av ROS (Resultat Orienterad Styrning) som koncept för ett verksamhetsnära förbättringsarbete. ROS bygger på samma principer som Förbättringskraft, där man formulerar mål, identifierar hinder, förstår orsaker och jobbar med ett ständigt pågående förbättringsarbete där aktiviteterna bygger på mätbara mål och analysen av uppnådda resultat. Precis som i Förbättringskraft är det verksamhetens medarbetare som tillsammans äger problemen och lösningarna. På detta sätta tillvaratas teamets egen förmåga att förstå och lösa sina egna utmaningar. Ledarskapets roll är att skapa riktning och förutsättningar för de förändringar som är nödvändiga.

Under 2019 har vi påbörjat ett arbeta mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följer vi upp ramar och allmänna krav. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Målsättningen är att kunna följa måluppfyllelsen på aggregerad nivå för att kunna anpassa stöd för utveckling.

---

[8] Nelson, E.C., P.B. Batalden, M.M. Godfrey (Eds). 2007. Quality By Design: A Clinical Microsystems Approach. Jossey-Bass. 512 p.

# 6 Riskanalyser

## 6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska 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 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 vardagen gör individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser/barnkonsekvensanalyser 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.

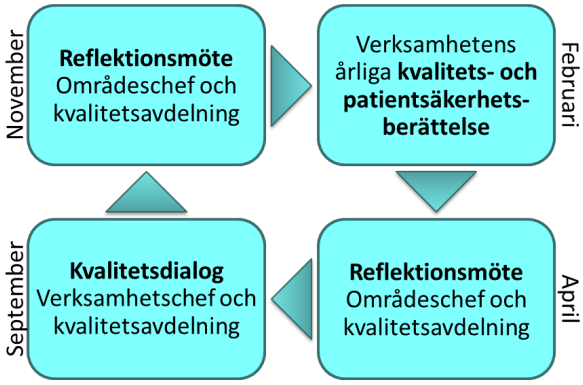
## 6.2 Riskbedömningar på individnivå

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 skollagens krav för förskoleverksamheterna och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samverkan samt hållbarhet. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud 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 2.




**Figur 2.** Kvalitetsårshjulet

## 7.2 Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview

Bräcke diakoni använder sedan 2018 Kvalitetsanalys, 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)
- Nationella brukar- och patientenkäter
- Kvalitetsregistret Senior alert, Svenska Palliativregistret
- Kvalitetsdialog

Inom ramen för en översyn av Stiftelsens strategiska inriktning har vi tagit fram en strategi som syftar till att uppnå vår vision om ett medmänskligare samhälle genom att göra mer för fler. Vi har tagit fram fyra fokusområden som vi använder för att styra och följa upp verksamheten mot detta mål (Fig. 3). I skrivande stund lanserar vi en ny version av Qlikview där dessa områden går att följa upp med nyckeltal på olika nivåer i orgnastionen och över tid.

**Figur 3.** Fokusområden i Bräcke diakonis övergripande strategi för ett medmänskligare samhälle

## 7.3 Externa revisioner

Under 2019 har flera av våra verksamheter rutinmässigt reviderats externt av beställaren, t.ex. avtalshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, vårdhygien, 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 SKR:s nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, Nationella patientenkäten inom primärvården, egna undersökningar med validerade instrumentet KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv).

Nationella och regionala kvalitetsregister

- Nationellt Register över Smärtrehabilitering, Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Luftvägsregistret, Nationella Diabetesregistret, Svenska demensregistret, Primärvårdskvalitet, MUNIN (Västra Götalandsregionens webbuppföljning av primärvårdsrehab).

# 8 Avvikelsehantering

## 8.1 Avvikelser

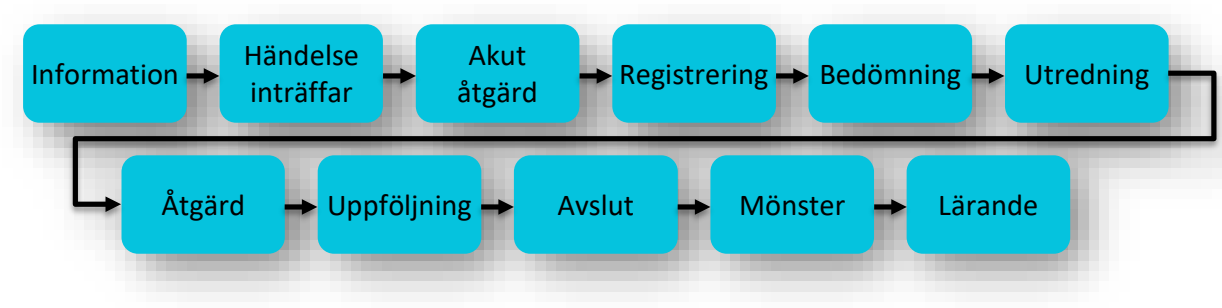
På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare introduceras och får fortlöpande information om 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 systemnivå eller huvudman. Alla avvikelser som rapporteras som innebär att vi behöver ändra vårt arbetssätt tas upp på APT eller på pedagogiska möten.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL) 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 verksamhet 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 avvikelsehanteringen använder Bräcke diakoni ett webbaserat avvikelsehanteringssystem (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 avvikelsehanteringen 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 avvikelsesystem. Missförhållanden/risker för missförhållanden kan också identifieras under utredning av avvikelser och rapporteras då till SAS av den som utreder avvikelsen. Tillsammans med verksamhetschefen (om inte denne berörs av händelsen) säkerställs att missförhållandet avhjälpts och SAS startar en utredning i enlighet med föreskriften om lex Sarah (SOSFS 2011:5)[9]. Syftet med utredningen är att klarlägga vad som har hänt och varför det har hänt för att kunna vidta lämpliga åtgärder så 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 samt risker för sådana anmäls till IVO och berörd socialnämnd informeras.

### 8.1.2 Lex Maria

Händelser eller risker för allvarliga vårdskador rapporteras direkt till MAS, MAR eller medicinsk rådgivare och ska snarast dokumenteras i avvikelsesystemet. 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 2017:41)[10]. 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

[9] SOSFS 2011:5
[10] HSLF-FS 2017:41

rådgivare om ärendet har skickats in som en lex Maria anmälan till IVO enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) eller när det gäller medicintekniska produkter till Läkemedelsverket (SOSFS 2008:1)[11]. 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. Utredningar enligt Lex Maria ska enligt specifika avtal också rapporteras till berörd kommuns MAS eller regionens avtalshandläggare.

## 8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, gäster, brukare, deltagare eller närstående är en självklar del av vår avvikelsehantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Broschyren ”Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker” i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret Tyck till

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården[12]. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört klagomål/synpunkter ifall hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd. 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 med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en ändamålsenlig och fungerande struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni omfattande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelsehantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis egna kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera

[11] SOSFS 2008:1
[12] SFS 2017:372

förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat. Under hösten 2019 har Förbättringskraft haft fokus på samskapande i syfte att lyfta betydelsen av att personal tillsammans med de vi finns till för arbetar med förbättringar för ökad kvalitet, delaktighet och effektivitet.

# 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 2019 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 fortsatt med initiativen 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. Inom ramen för ett Vinnova finansierat

projekt utvecklar vi tillsammans med bl.a. CancerRehabFonden och patientföreningar en nationell plattform för stöd till cancerdrabbade.

## 10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, Tillitsdelegationen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare (SAS), det nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering) och ingår i programråd för Vitalis och den nationella Utvecklingskonferensen. Bräcke diakoni ingår som en av 6 testbäddar i SKRs nationella projekt om införande av Patientkontrakt. Bräcke diakoni bidrar med att utveckla arbetssätt för att öka samskapande med de vi finns till för genom att använda förbättringskunskap som metod. Vidare koordinerar Bräcke diakoni ett Vinnova finansierat innovationsprojekt i samarbete med CancerRehabFonden, Nätverket mot gyncancer, Hjärntumörföreningen samt Dreamler AB i ett projekt om en nationell plattform för stöd till cancerdrabbade.

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

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

- 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.

Det pågår också utvecklingsprojekt med finansiering från Allmänna Arvsfonden i samarbete med brukar och intresseorganisationer, Nck (Nationellt kompetenscenter anhöriga), kommuner, studieförbund och andra projektägare. Nedan följer några exempel:

- StrÅng – Stress och ångesthantering för personer med rörelsenedsättningar. Samarbete med Unga rörelsehindrade Göteborgsklubben. Avslutades mars 2019.

- Rättvisat – digitalt kommunikationspass. Samarbete med Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn & Ungdomar (RBU). Avslutades mars 2019.
- 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 anhöriga) 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, Stadsmissionen, Projekt En Jämlik start i livet (Doulor och kulturtolkar) finaniserat av Arvsfonden och En god start i livet inom Jämlikt Göteborg, Göteborgs kommun.
- Lipödem – att öka medvetenheten och kunskapen om Lipödem bland de drabbade kvinnorna själva för bättre egenvård men också inte minst bland personal inom hälso- och sjukvård m.fl. verksamheter, politiker och beslutsfattare så att kvinnor som drabbats skall få rätt bemötande och adekvat stöd och hjälp. Samarbete med Svenska Ödemförbundet, Lymf S, Nka.
- Trialog – Stöd till anhöriga och deras närstående med psykiska funktionsnedsättningar. Samarbetspartner Anhörigföreningen Göteborg, NSPHiG, Nka och Studieförbundet Vuxenskolan.
- Kunskapsportföljen - digital kunskapsportfölj som handlar om en persons stödbehov. Samarbetsparter RBU i Göteborg med omnejd, HSO Västra Götaland och GIL, Göteborgskooperativet för Independing Living.
- Medel beviljades av Arvsfonden 2019 till projekt Riktat Föräldraskapsstöd för föräldrar med psykiska funktionsnedsättningar och projekt i Nöd och Lust. Projekten startar i januari 2020 respektive under våren 2020.

## 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. Sedan 2019 arrangerar Bräcke diakonis en årlig *Kunskapsarena* för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under konferensen 2019 presenterade tre forskare samskapande ur olika perspektiv, medan en representant från SKR förklarade deras initiativ Patientkontrakt som en väg till samskapande. Praktiska exempel på samskapande som del av Förbättringskraft gavs också av fyra förbättringsteam, som presenterade sina förbättringsprojekt genomförda under hösten i åtta av Bräcke diakonis verksamheter. Dagen avslutades med en paneldiskussion om samskapande.

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 samskapande[13].

## 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.

[13] Riksbankens jubileumsfond

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

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

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

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

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

## 12 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2019 den tionde diplomeringsrevisionen. Förutom kraven i diplomeringsstandarden beaktar vi också de lokala miljöföreskrifterna i de kommuner och regioner 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 främst genom miljöombudens arbete ute i verksamheterna.

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 inköpspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt.

- Reducera antalet transporter genom en helhetsleverantör som förser oss med förbruknings-artiklar, 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 ett program för omställning till ännu högre krav är fastställt 2019 och börjar sättas i funktion 2020.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Vårt miljöarbete beskrivs mer ingående i den årliga miljöberättelsen.

## 13 Informationssäkerhet

Under 2019 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Införa nya rutiner för epost med möjlighet att kryptera både eposten och enskilda dokument.

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

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Datainspektionen 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.

# 14 Resultat

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

## 14.1 Uppföljning av handlingsplan för 2019

I förra årets kvalitetsberättelse identifierades ett antal aktiviteter för 2019. Nedan sammanfattar vi åtgärder och resultat för dessa.

### 14.1.1 Egenkontroller

| Aktiviteter | Åtgärder | Resultat |
|---|---|---|
| Utveckla den systematiska egenkontrollen på verksamhetsnivå | • Arbete med nyckeltal i ledningsgrupperna utifrån Bräcke diakonis fokusområden (Strategi 2030)<br>• Utvecklat kvalitetsdialog med verksamhetsenkät<br>• Påbörjat översyn av gemensamma arbetssätt kring dokumentationsgranskning och loggkontroll i journalsystem | ! |

### 14.1.2 Kvalitetsledningssystem

| Aktiviteter | Åtgärder | Resultat |
|---|---|---|
| Slutföra implementeringen av vår nya ledningssystemsplattform för systematiskt kvalitetsarbete | • Alla verksamheter och stödfunktioner finns nu i ledningssystemet. | ✓ |
| Tydliggöra koppling och skillnad till nya intranätet | • Intranätet blev klar precis i slutet av året och arbetet med att tydliggöra kopplingen pågår. | ! |

### 14.1.3 Kompetens och kapacitet för förbättringar

| Aktiviteter | Åtgärder | Resultat |
|---|---|---|
| Synliggöra förbättringar i nya intranätet | • Detta är kopplat till nya intranätet som blev klart i slutet av året. | ✗ |

### 14.1.4 Avvikelse- och synpunktshantering

| Aktiviteter | Åtgärder | Resultat |
|---|---|---|
| Utveckla stödet till att hantera inkomna synpunkter | • Enklare att lägga in, större medvetenhet kring synpunkter. Kvar att förenkla hanteringen av synpunkterna. | ! |
| Utveckla Kvalitetsanalys och dess användning för egenkontrollen i verksamheterna | • Utveckling av Qlikview och integrering pågår med ekonomi och HR. Kvalitetsanalys kommer då att ersättas delvis med ny funktionalitet i annat gränssnitt | ✓ |

### 14.1.5 Mätningar och analyser

| Aktiviteter | Åtgärder | Resultat |
|---|---|---|
| Ta fram en stiftelseövergripande *dashboard* för verksamheternas resultat | • Utveckling av en stiftelseövergripande uppföljning av våra strategiska fokusområden. Lanseras i början av 2020. | ! |
| Integrera användning av statistik från Kvalitetsanalys i verksamheternas egenkontroll | • Se ovanstående punkt | ! |

## 14.2 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2019 har 4 förbättringsteam med sammanlagt 13 medarbetare deltagit i Förbättringskraft med följande förbättringsarbeten:

- Bättre inskrivning, mindre administration, mer rehabilitering *Rehabcenter Mösseberg*
- De som inte kommer till fritidsaktiviteten Torsdagsgruppen *Riksgymnasiet*
- Ökad delaktighet och motivation – Studiebesökets betydelse för blivande boendes rehabilitering *Mellangården och Prästgården*
- Rätt vård i rätt tid – Triageringsstöd för patienter som söker vård för psykisk ohälsa *Vårdcentralerna Centralhälsan, Centrum, Malmen och Vilan*

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. Vidare så har det pågått ett flertal ROS-projekt i verksamheterna.

## 14.3 Kvalitetsdialog

Under 2019 har kvalitetsavdelningen genomfört 43 dokumenterade kvalitetsdialoger. En tre-gradig skala har använts där verksamhetsföreträdare tillsammans med kvalitetsavdelningen bedömer drygt 50 frågor kring verksamhetens kvalitetsarbete. I Figur 4 redovisar vi medelvärden av alla dialoger uppdelade efter kvalitetsområdets skattning utifrån struktur-, process- och resultatkvalitet. Skattningen kan ses som ett mått för verksamhetens kvalitetsmognad och ger vägledning för att prioritera fortsatta utvecklingsinsatser. Utöver skattningsmått skrivs fritextsvar för vissa områden, som stöd för att förstå verksamheternas kvalitetsarbete. Kvalitetsdialogen ger, förutom skattningen, ett fokus på kvalitetsfrågor i verksamheterna.

Kvalitetsdialogen utvecklas kontinuerligt för att möta rådande krav på organisationen liksom de ambitioner som finns internt gällande kvalitetsarbetet, inklusive att fortsätta utmana verksamheterna till vidare kvalitetsutveckling. Utifrån kravet på hållbarhetsredovisning har vi i år lagt till området Hållbarhet som ett nytt processmått. Generellt ska hållbarhetsarbetet bygga på att man jobbar med ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. För att jobba med det som berör våra verksamheter i första hand har vi valt att följa upp inköp, arbetsmiljö och miljö, som en del av kvalitetsdialogen.

Andra förändringar inkluderar frågor kring samskapande som del av samverkan och utökade processmått för avvikelsehantering. Vi har också för första gången skickat strukturfrågor i förväg till verksamheterna, vars skattning sedan har gåtts igenom eller gjorts gemensamt under dialogen. Mallar och enkäter behöver fortsätta uppdateras inför 2020. Frågorna i enkäten behöver förtydligas och vissa skattningar behöver omvärderas. Till skillnad från i verksamheternas individuella skattningar så har två korrektioner gjorts i Figur 4.

| **Område** | **Kvalitetsdialog 2019** | | |
|---|---|---|---|
| | Struktur | Process | Resultat |
| 1. Styrdokument och ledningssystem | 2,3 | 2,3 | 2,6 |
| 2. Riskanalyser | 2,5 | 2,6 | - |
| 3. Avvikelsehantering | 2,8 | 2,5 | 2,6 |
| 4. Egenkontroll | 2,9 | 2,5 | 2,6 |
| 5. Kunskap och kompetens | 2,6 | 2,6 | - |
| 6. Samverkan | 2,5 | 2,4 | 2,7 |
| 7. Hållbarhet | - | 2,5 | - |

**Figur 4.** Kvalitetsmognad i organisationen (minvärde = 1 och maxvärde = 3). Medelvärde av alla verksamheters skattning från kvalitetsdialogen (n= 43).

Resultaten ovan visar att verksamheterna har uppnått goda resultat i de områden som innefattas i skattningen. Flertalet strukturer och processer är också välutvecklade och alla områden har ett mått på minst 2,3. Styrdokument och ledningssystem ligger lägre på grund av att dessa har varit under utveckling under året. Enstaka verksamheter flyttade över sina processer till ledningssystemet först efter kvalitetsdialogen. En grundnivå har nu uppnåtts genom att alla verksamheters processer finns i ledningssystemet, men det behövs fortsatt utveckling av styrdokument och ledningssystem under 2020. Vi har under 2019 arbetat mycket med att förbättra avvikelserapporteringen i verksamheterna. Det finns nu en bra struktur och goda resultat i avvikelsehanteringen, men vi behöver lägga mer kraft på att få till processerna, där några få verksamheter har haft stora problem. Liknande resultat finns för egenkontrollen, där strukturen har utvecklats vidare under 2019, men processerna behöver vidareutvecklas under 2020. Samverkansmåttet har påverkats av att vi har lagt till frågor kring samskapande, som är ett nytt begrepp för många verksamheter och inte har integrerats implicit i strukturer och processer, men resultatet visar att många verksamheter ändå samskapar väl med dem vi finns till för. Hållbarhetsfokuset är nytt för i år och ger oss en bra baslinje för vidare utvecklingsarbete.

## 14.4 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt under 2019. Alla 43 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 2020. 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 och för diskussion på personalens APT.

## 14.5 Verksamhetsområdesspecifika insatser

Nedan följer en sammanställning av de insatser som har gjorts under 2019 utefter de mål som sattes för året i 2018 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse (se Kap. 3).

### 14.5.1 Hälsa & Vård

- Arbetet med avvikelsehantering har ytterligare förbättrats under året. Uppföljningsmöjligheterna har blivit bättre och vi kan i realtid se antal avvikelser, om och hur de graderats samt hur många som utretts inom utsatt tid. På vårdcentralerna sker utredningen av avvikelserna fortsatt något olika, främst beroende på lokala förutsättningar. Vanligast är att avvikelserna bedöms och graderas av verksamhetschef som därefter utser lokal utredare. Vid allvarligare utredningar får verksamheterna stöd av MAS och medicinsk rådgivare.
- För synpunktshantering är nu ett rationellt digitalt stöd på plats som möjliggör enklare och effektivare hantering av klagomål eller andra typer av synpunkter från patienter och närstående.

### 14.5.2 Rehab & Funktionshinder

- I verksamheterna fortsätter vi att göra olika mätningar, såsom SKR:s brukarundersökningar och KUPP, samt arbeta utifrån dessa med nya mål i handlingsplaner. Vi har under året ökad medvetenheten om olika brukarundersökningar då de lyfts i de olika ledningsgrupperna. Det återstår dock att på områdesnivå få en översikt över de mätningar vi genomför samt utveckla systematiken i arbetssätten kring brukarundersökningar.
- Verksamhetsområdet har med stöd av kvalitetsavdelningen aktivt arbetat vidare med att identifiera kvalitetsindikatorer för mål och uppföljning på verksamhetsnivå utifrån stiftelsens fyra fokusområden.
- Implementeringen av verksamhetsspecifika indikatorer är pågående. Detta kommer generera indikatorer för uppföljning även på områdesnivå.

### 14.5.3 Äldreomsorg & Hospice

- Utifrån skilda utgångslägen har respektive verksamhet arbetat med sina respektive fokusområden och fallavvikelser som identifierades i 2018 års kvalitetsberättelser.
- Under året har vi påbörjat en gemensam process kopplat till den sociala dokumentationen där den äldres delaktighet kring att utforma sin vardag ingår som en del.
- Verksamhetsområdet har inlett ett samarbete med Betaniastiftelsen för att stärka och utveckla den allmänna palliativa vården, där fokus på delaktighet och personcentrerat förhållningssätt ingår. Vi har tagit fram en certifieringsmodell som bland annat följer upp socialstyrelsens kvalitetsindikatorer i palliativ vård.

- Under året har vi även fortsatt processen med att utveckla och implementera kvalitetsindikatorer. I driftområde Mälardalen har vi genomfört ett utvecklingsarbete där vi har samlat kvalitetsindikatorerna och egenkontroller i form av ett årshjul samt gemensam dokumentation som går att följa över tid.

### 14.5.4 Stödfunktioner

- Under 2019 har fokus legat på att öka samverkan mellan olika stödfunktioner. Kvalitet, Marknad och IT har organiserats under samma chef vilket förbättrar kommunikationen mellan avdelningarna och underlättar för samarbete i gemensamma projekt.
- Inom avvikelsehanteringen har vi utvecklat möjligheten att använda avvikelsesystemet inom stödfunktionerna och förbättrat processen att flytta sådana mellan olika avdelningar.

## 14.6 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 avvikelsens allvarlighetsgrad och möjlighet till analyser, vilket försvårar vår hantering av avvikelserna likväl som vårt utvecklingsarbete och därtill minskar vår möjlighet till lärande. Vårt webbaserade system 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.

### 14.6.1 Antal avvikelser och synpunkter

Antalet avvikelser och synpunkter har återigen ökat efter en stagnering under 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. Det fokus som har lagts på avvikelser har därmed lett till en större medvetenhet för avvikelser och en bättre avvikelsekultur inom organisationen.

Titta man på de olika verksamhetsområdena så ser man tydligt att äldreomsorgen har flest avvikelser vilket till största del beror på att det förekommer väldigt många enklare fallavvikelser. Området Hälsa & Vård fortsätter att öka med ca 100 avvikelser, men den största ökningen har skett inom området Rehab och Funktionshinder, där det nästan har skett en fördubbling, från 680 till 1200 avvikelser per år (Tab. 1) vilket kan förklaras med att det tillkom 16 nya verksamheter i Halmstad.

Under 2019 har 135 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 ungefär 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 2019 har vi utvecklat synpunktshanteringen så att det är lättare att registrera

synpunkter och medvetenheten har ökat, vilket kan förklara ökningen av antalet synpunkter jämfört med 2018.

**Tabell 1.** Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2014 – 2019.

| Antal avvikelser per år | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Totalt | 1662 | 1641 | 2294 | 2726 | 2712 | 3688 |
| Hälsa & Vård | 40 | 95 | 107 | 197 | 292 | 383 |
| Rehab & Funktionshinder | 465 | 457 | 573 | 762 | 683 | 1218 |
| Äldreomsorg & Hospice | 1151 | 1066 | 1595 | 1749 | 1714 | 2063 |
| Övriga | 6 | 23 | 19 | 18 | 23 | 24 |
| Antal synpunkter | 26 | 81 | 112 | 127 | 109 | 135 |

### 14.6.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under 2019 har 68 händelser utretts enligt lex Sarah och lex Maria samt 15 personuppgiftsincidenter enligt GDPR-regelverket. Av dessa har 21 händelser anmälts till IVO samt 5 till Datainspektionen (Tab. 2). Detta är en tydlig ökning jämfört med tidigare år och beror dels på nya verksamheter men också på bättre inrapportering.

**Tabell 2.** Antal allvarliga avvikelser inom Bräcke diakoni 2016 – 2019 som registrerades och anmäldes till myndigheter enligt gällande regelverk.

| Lex Maria | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|
| Utredningar | 21 | 17 | 31 |
| varav risker för vårdskada | 0 | 0 | 8 |
| varav vårdskador | 7 | 5 | 5 |
| Anmälda till IVO | 7 | 5 | 13 |

| Lex Sarah | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|
| Utredningar | 29 | 19 | 37 |
| varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden | 0 | 0 | 1 |
| varav allvarliga missförhållanden | 3 | 6 | 5 |
| Anmälda till IVO | 3 | 6 | 6 |

| Medicintekniska produkter | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|
| Utredningar | 1 | 1[1)] | 0 |
| Anmälda till Läkemedelsverket | 0 | 0 | 0 |

| Personuppgiftsincidenter | 2018 | 2019 |
|---|---|---|
| Utredningar | 2 | 15 |
| Anmälda till Datainspektionen | 2 | 5 |

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

IVO har avslutat alla sex lex Sarah-ärenden med bedömningen att huvudmannen ”har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med LSS och SoL samt har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade, vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen”.

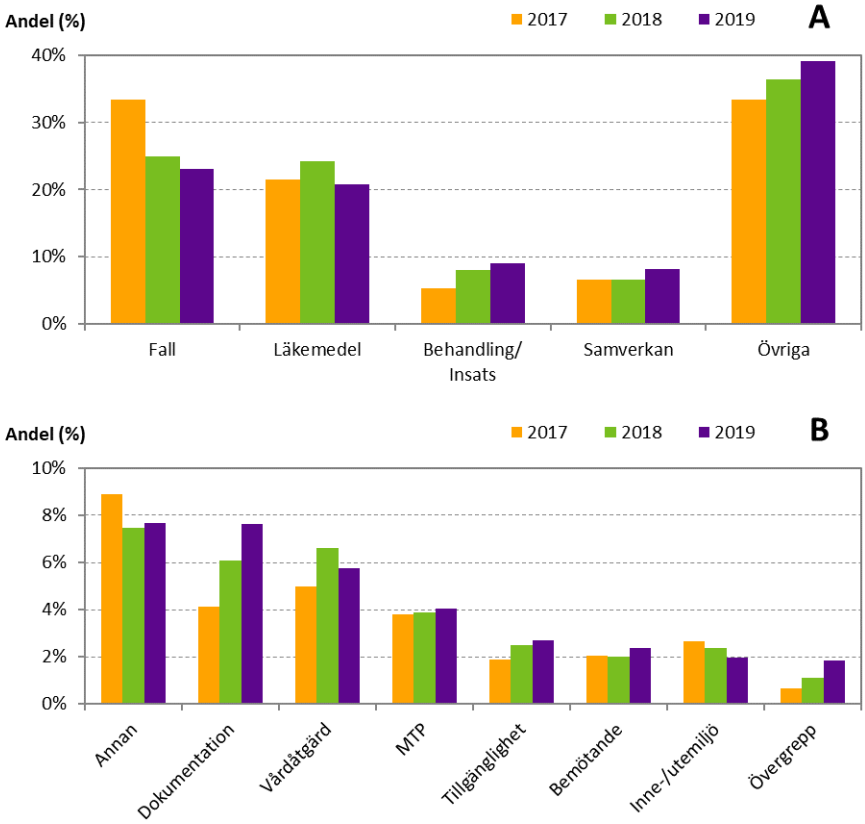
11 lex Maria-ärenden har avslutats med IVOs bedömning att ”vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder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

Två lex Maria-ärende är fortfarande under utredning hos IVO, IVO begärt in kompletterande uppgifter för en av dessa utredningar.

Datainspektionen har efter granskning beslutat att avsluta fyra ärenden utan ytterligare åtgärd. Ett ärende är under utredning hos Datainspektionen.

### 14.6.3 Avvikelsetyper

I Figur 5 redovisas fördelningen av olika avvikelsetyper. Måttet är beräknat på antal avvikelser i förhållande till det totala antalet under året vilket ger oss ett jämförbart mått över tid.




**Figur 5.** Andel av de vanligaste avvikelsetyper under 2017-2019 (A). Övriga avvikelsetyper (> 1 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

Som i många liknande vård- och omsorgsverksamheter är de vanligaste orsakerna för avvikelser fall och hanteringen av läkemedel. Under 2019 utgör de tillsammans ca 45% av alla avvikelser. Fel och brister i behandlingar och insatser liksom samverkan är de andra större avvikelsetyperna. Bland övriga

avvikelser finns huvudsakligen kategorierna Annan (ospecificerade avvikelser) liksom dokumentation samt vårdåtgärder.

Minskningen av andel fallavvikelser har fortsatt även under 2019 vilket beror på att vi har mindre äldreomsorg där fallavvikelser är vanliga. Ökningen av avvikelser gällande t.ex. behandling/insats, samverkan och dokumentation kan vara en effekt av att vi under 2019 har arbetat med att öka avvikelserapporteringen i våra verksamheter med fokus på att ”allt som avviker från det förväntade ska ses som en avvikelse”, vilket kan ha gett en bredare syn på avvikelser och därmed ökad avvikelserapportering.

### 14.6.4 Allvarlighetsgrad

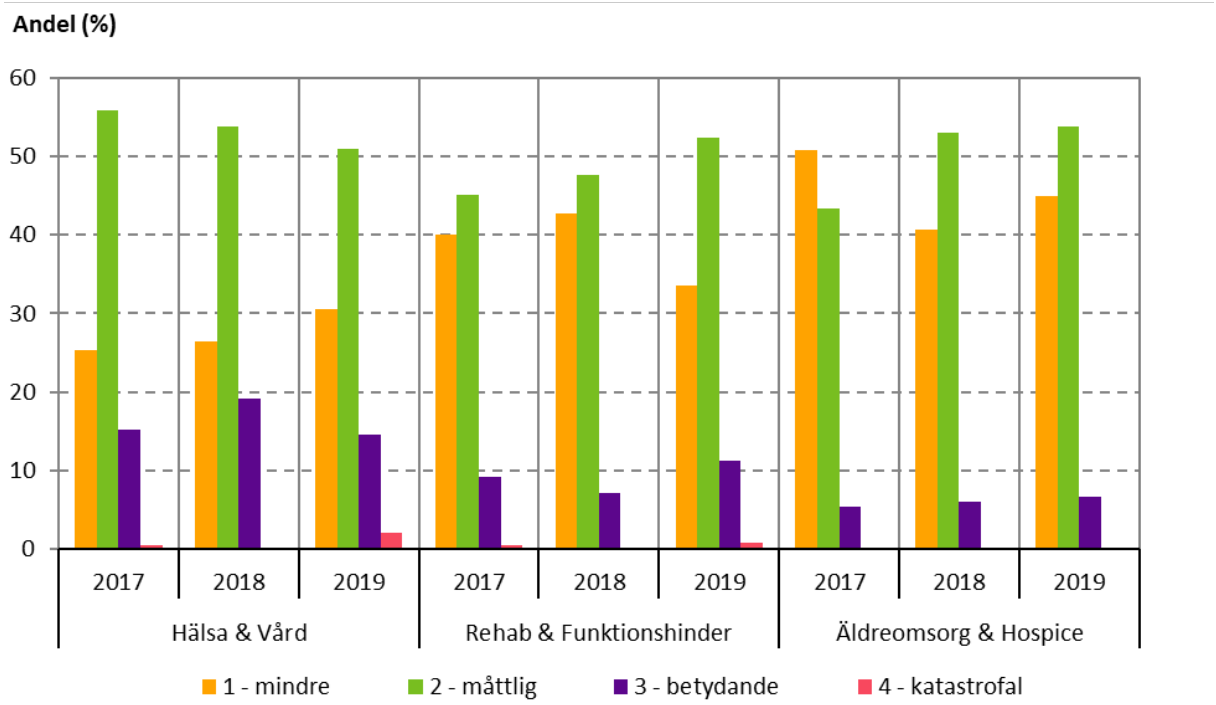
I vårt system för avvikelsehantering (DF Respons) graderas alla avvikelser efter SKR:s Handböcker för risk- och händelseanalyser [14,15] i fyra steg: 1-Mindre, 2-Måttlig, 3-Betydande, 4-Katastrofal. Vidare så anges sannolikheten att ett fel inträffar igen också in en 4-gradig skala: 1-mycket liten, 2-liten, 3-stor, 4-mycket stor. Grad 1 och 2 i Allvarlighet eller Sannolikhet hanteras 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 SKRs. 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 SKR:s gradering.

---

[14] SKL, 2015: Riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 98 s.
[15] SKL, 2011. Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom Individ och Familjeomsorgen. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 86 s.

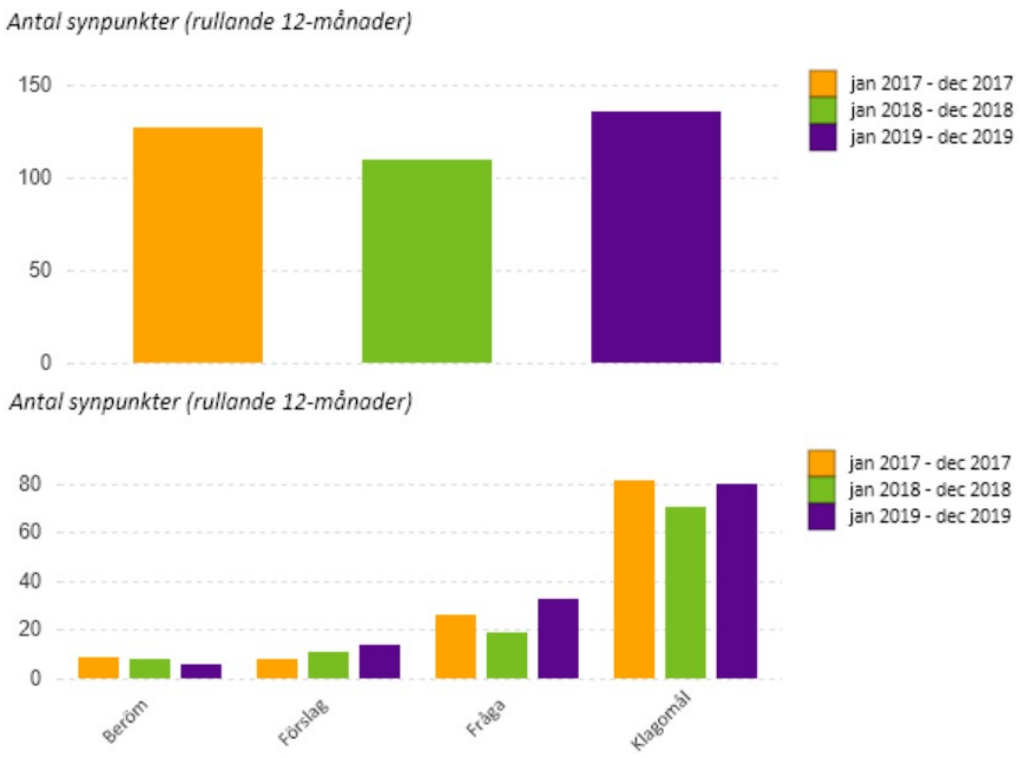
Tittar man på utvecklingen över tid (Fig. 6) kan man se en trend inom Hälsa & Vård att avvikelser upptäcks tidigare, med större andel mindre avvikelser och mindre andel måttliga och betydande avvikelser. Dock skedde också vissa katastrofala avvikelser under 2019. Rehab & Funktionshinder har en generellt ökad allvarlighetsgrad i sina avvikelser jämfört med tidigare år (färre mindre och fler betydande avvikelser). Detta kan troligtvis bero på att det finns många nya verksamheter inom vår organisation. Äldreomsorg & Hospice har ungefär samma resultat som tidigare år. Förutom möjligtvis för Hälsa & Vård så tyder detta på att man registrerar avvikelser först när de blir allvarligare vilket är ett problem då det försenar upptäckten av avvikelser i tid eller det kan bero på en utveckling/lärande i verksamheterna kring hur man graderar dessa.




**Figur 6.** Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och verksamhetsområde inom Bräcke diakoni under 2017–19. Data från DF Respons och Treserva.

### 14.6.5 Synpunkter och klagomål

Antal registrerade synpunkter varierar lite under de senaste 3 åren och omkring 80% av alla synpunkter avser klagomål (Fig. 7). Det har skett en viss ökning sedan förra året, vilket är positivt och visar att synpunkts- och klagomålssystemet används, men det finns troligtvis fortfarande ett stort mörkertal eftersom många synpunkter hanteras direkt utan registrering. Speciellt beröm, förslag och frågor hanteras i vissa verksamheter direkt. Detta är ett utvecklingsområde för 2020.




**Figur 7.** Antal registrerade synpunkter från patienter, brukare eller närstående samt typ av synpunkt för åren 2017 – 2019.

## 14.7 Diakoni i praktiken

Hur dem vi finns till för upplever våra insatser är en väldigt viktig kvalitetsindikator för oss. Upplevelsen av insatser mäts i olika nationella brukarundersökningar beroende på verksamhetsgrupp och presenteras som *andel positiva svar* i relevanta indikatorer. Vilka indikatorer som är relevanta skiljer sig alltså beroende på nationell undersökning och verksamhetsgrupp (Tabell 3). För att kunna jämföra våra verksamheter med varandra har vi beräknat ett medelvärde av de relevanta indikatorerna för Bräcke diakonis olika verksamhetsgrupper. Varje medelvärde för Bräcke diakonis verksamheter har delats med medelvärdet av samma indikatorer inom samma verksamhetsgrupp för hela Sverige. På det sättet får

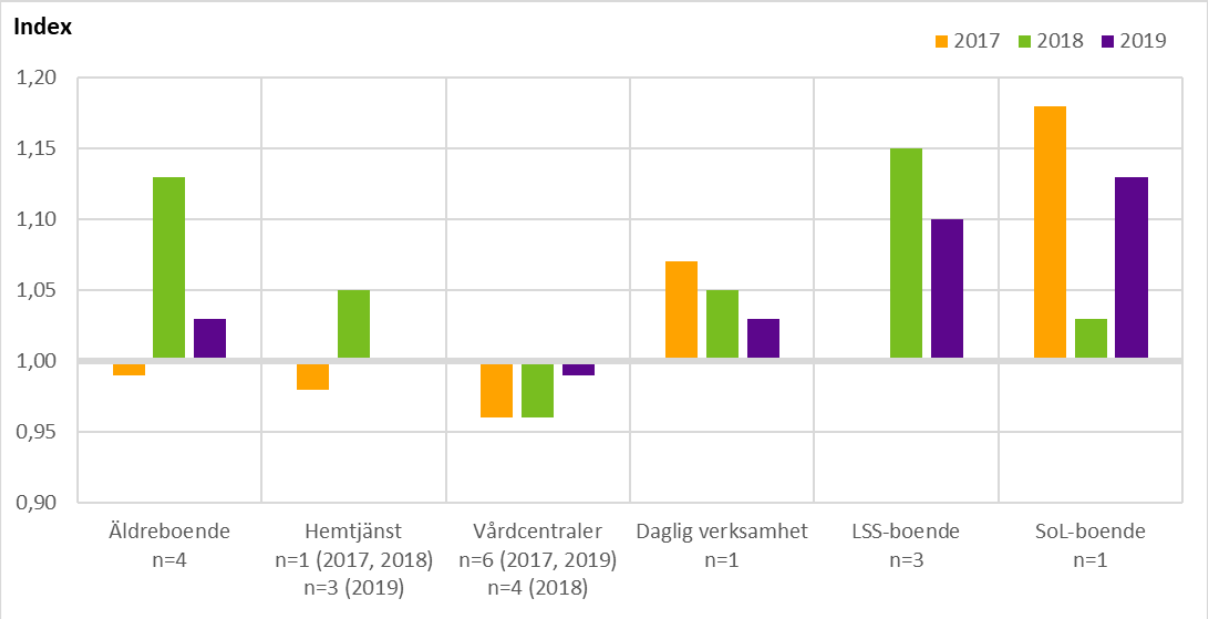
vi ett index där vi kan jämföra olika verksamhetsgrupper och samtidigt har rikssnittet som referens. Ett värde över 1 visar att våra verksamheters insatser upplevs bättre än genomsnittet i Sverige och under 1 att de upplevs sämre.

Indexet är ett mått för det vi kallar för *Diakoni i praktiken* eftersom vår diakonala värdegrund har fokus på behoven hos våra brukare, patienter, gäster eller deltagare.

**Tabell 3.** Indikatorer från olika brukarundersökningar som används i beräkningen av ett index för vårt fokusområde *Diakoni i praktiken*.

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

I Figur 8 kan vi se att inom de flesta verksamhetsgrupperna i Bräcke diakoni så värderar de vi finns till för våra insatser högre jämfört med medelvärdet i hela Sverige. Det är bara vårdcentralerna som ligger något under medelvärdet 2019 samtidigt som de har utvecklat patientupplevelsen stadigt under de senaste åren.



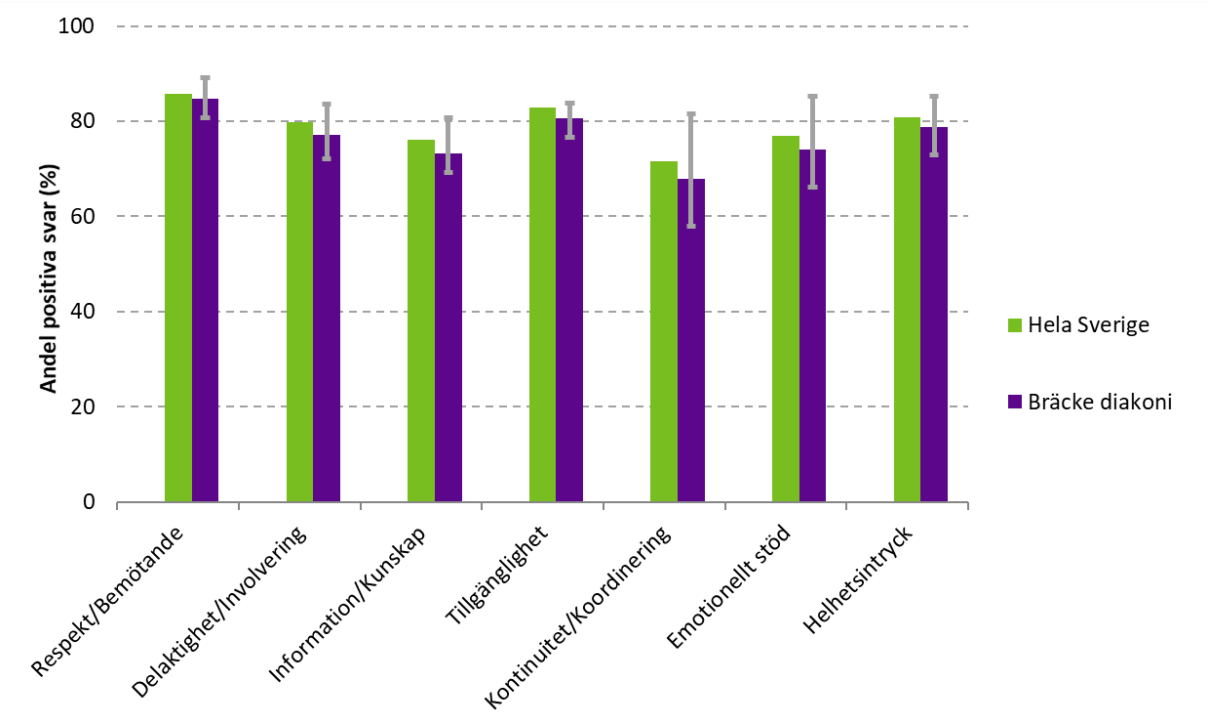

**Figur 8.** Översikt över brukar/patientupplevelsen med hjälp av vårt index *Diakoni i praktiken*. Värdet 1 anger medelvärdet i Sverige för respektive verksamhetsgrupp. *n* anger antal verksamheter i respektive grupp.

## 14.8 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 2019 har alla verksamhetsområden fortsatt med att få syn på sin kvalitet med hjälp av relevanta indikatorer. Vi har under året också börjat utveckla en gemensam översikt i vår analysplattform Kvalitetsanalys.

### 14.8.1 Hälsa & Vård

SKR genomför en nationell undersökning om patienters upplevelser av vården på landets vårdcentraler[16]. 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. I Figur 9 visas medelvärden och max/min-värden för Bräcke diakonis vårdcentraler i förhållande till medelvärdet för alla vårdcentraler i hela Sverige för 2019.

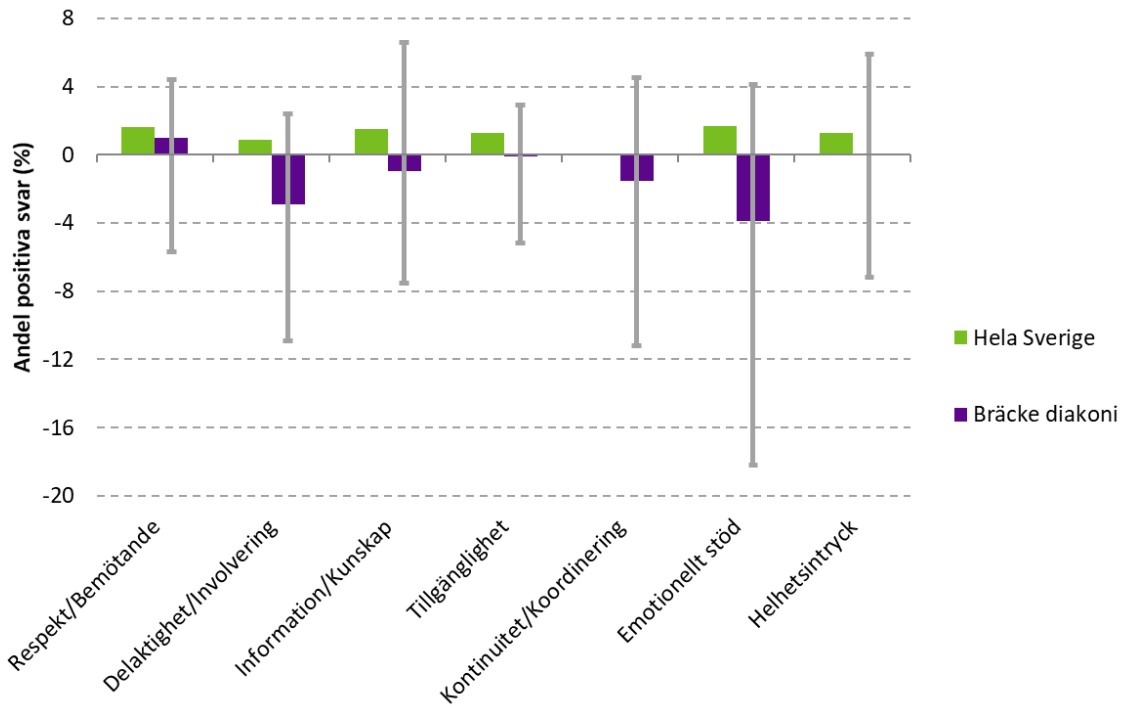



**Figur 9.** Nationell patientenkät Primärvård 2019. Medelvärden för Bräcke diakonis vårdcentraler i jämförelse med medelvärdet för alla vårdcentraler i Sverige. Felstaplar anger max/min-värden för de enskilda verksamheterna för Bräcke diakoni. Data från patientenkat.se

[16] För mer information om den nationella patientenkäten, se patientenkat.se

Bräcke diakonis vårdcentraler visar i medel ett lite sämre resultat är medelvärdet för hela landet i alla indikatorer. Variationen mellan Bräcke diakonis vårdcentraler visar dock att vissa verksamheter ligger klart över riksgenomsnittet medan andra ligger under. Detta kan tyda på en möjlighet till lärande mellan verksamheterna.

Ett annat kvalitetsmått är hur stor förbättring/försämring som har skett under året. Figur 10 visar förändringen i andelen positiva svar mellan de senaste två mätningarna för Bräcke diakonis vårdcentraler och vårdcentralerna i hela Sverige. Data baseras på en jämförelse mellan år 2018 och 2019 för Bräcke diakonis vårdcentraler i Västra Götalandsregionen (VGR) liksom för hela Sverige, medan data för Bräcke diakonis vårdcentraler i Region Jönköpings Län (RJL) jämför år 2017 och 2019, då inga mätningar gjordes 2018. Felstaplar visar minsta och högsta värdet för Bräcke diakonis vårdcentraler. Indikatorn *Respekt/Bemötande* visar på förbättring medan *Tillgänglighet* och *Helhetsintryck* inte har förändrats. I övriga kriterier har det i snitt för Bräcke diakoni skett en försämring av indikatorerna, men det finns enskilda vårdcentraler som uppvisar förbättringar som är större än medelvärdet för hela Sverige. Över lag är det en stor variation mellan vårdcentralerna, vilket är något vi behöver titta vidare på under 2020, med speciellt fokus på *Delaktighet/Involvering* samt *Emotionellt stöd*.




**Figur 10.** Nationell patientenkät Primärvård - förändring av medelvärden ('Andel positiva svar') mellan åren 2019 och 2018 för hela Sverige jämfört med Bräcke diakonis vårdcentraler. Data för Bräcke diakonis vårdcentraler i VGR är från 2019 och 2018 medan vårdcentralerna i RJL visar förändringen mellan 2019 och 2017. Felstaplar anger min- och max-värden för de enskilda verksamheterna för Bräcke diakoni. Positiva värden anger förbättringar och negativa värden visar försämringar. Data från patientenkat.se

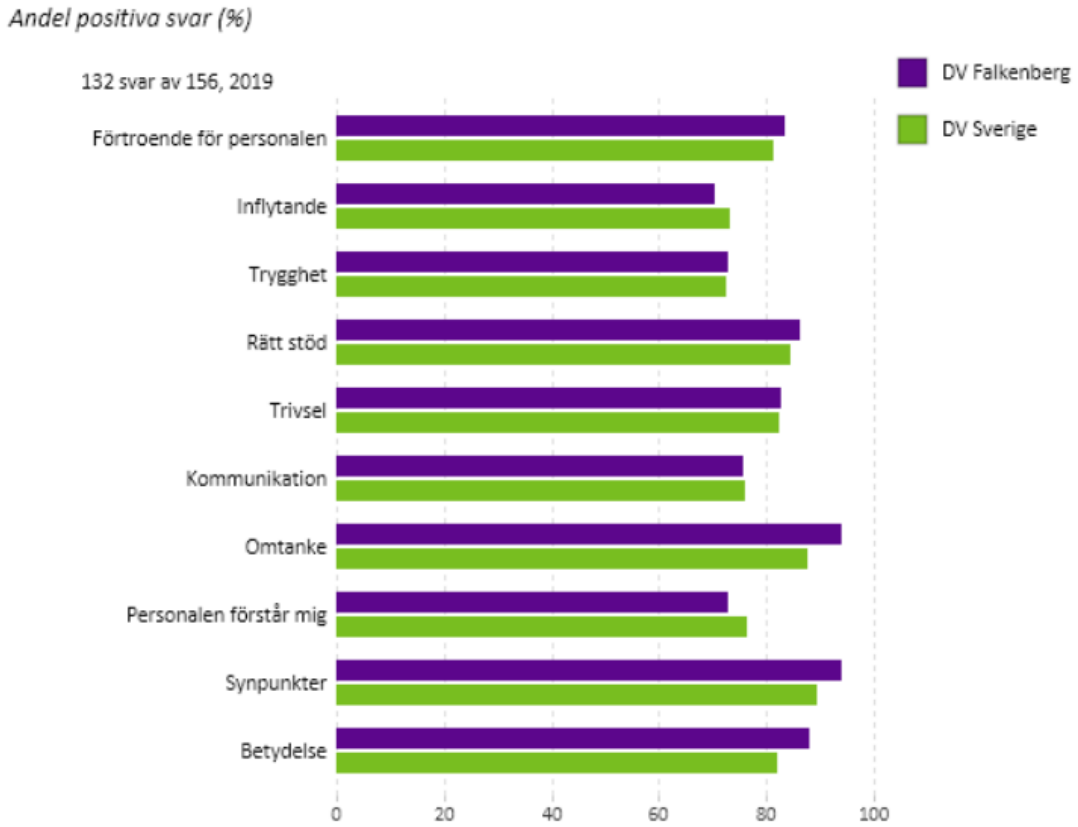
### 14.8.2 Rehab & Funktionshinder

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 jämförelser[17]. Bräcke diakoni har deltagit med Daglig verksamhet Falkenberg samt Boenderehabiliteringen Mellangården.

#### *14.8.2.1 Daglig verksamhet Falkenberg*

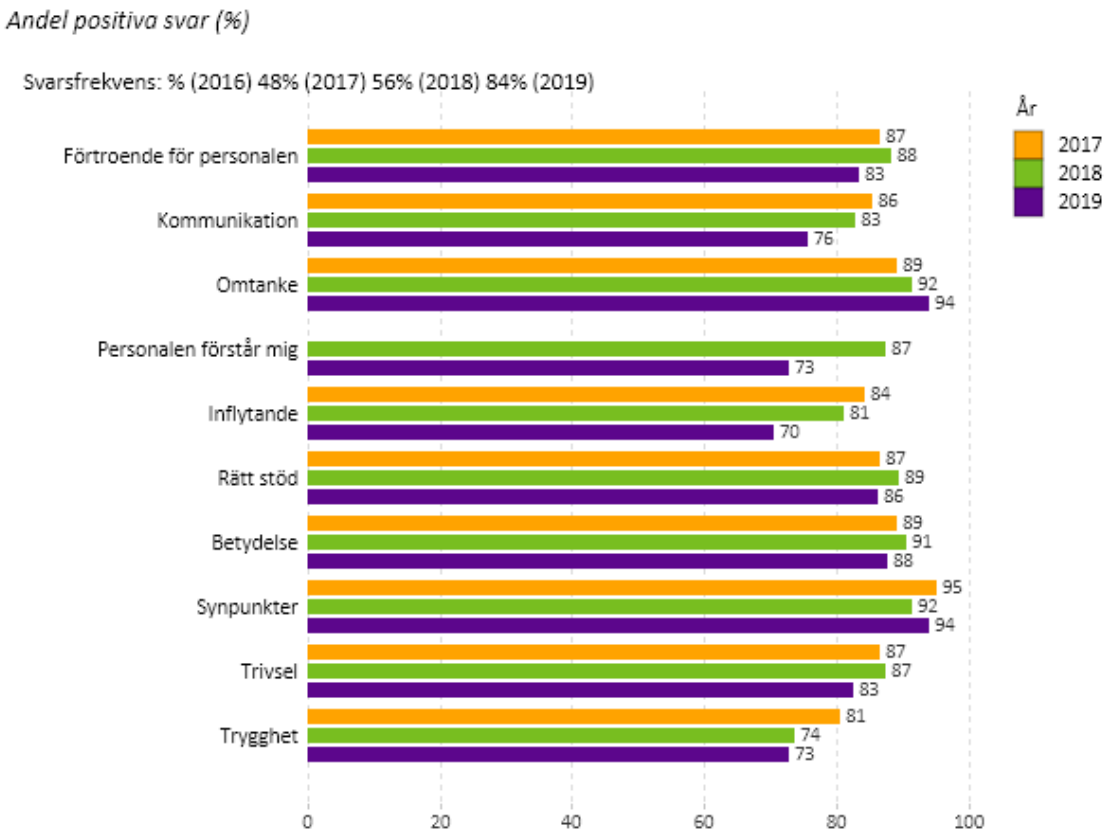
I Figur 11 redovisas resultat för Bräcke diakonis dagliga verksamhet DV Falkenberg för 2019 i jämförelse med medelvärdet för alla dagliga verksamheter som har deltagit i undersökningen i Sverige under 2019. Figur 12 visar resultatet för DV Falkenberg under åren 2017–2019.




**Figur 11.** Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet 2019. Jämförelse av Bräcke diakoni DV Falkenberg med medelvärdet för alla dagliga verksamheter i Sverige. Datakälla: kolada.se

[17] https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajamforelser/brukarundersokningfunktionshinder.11638.html

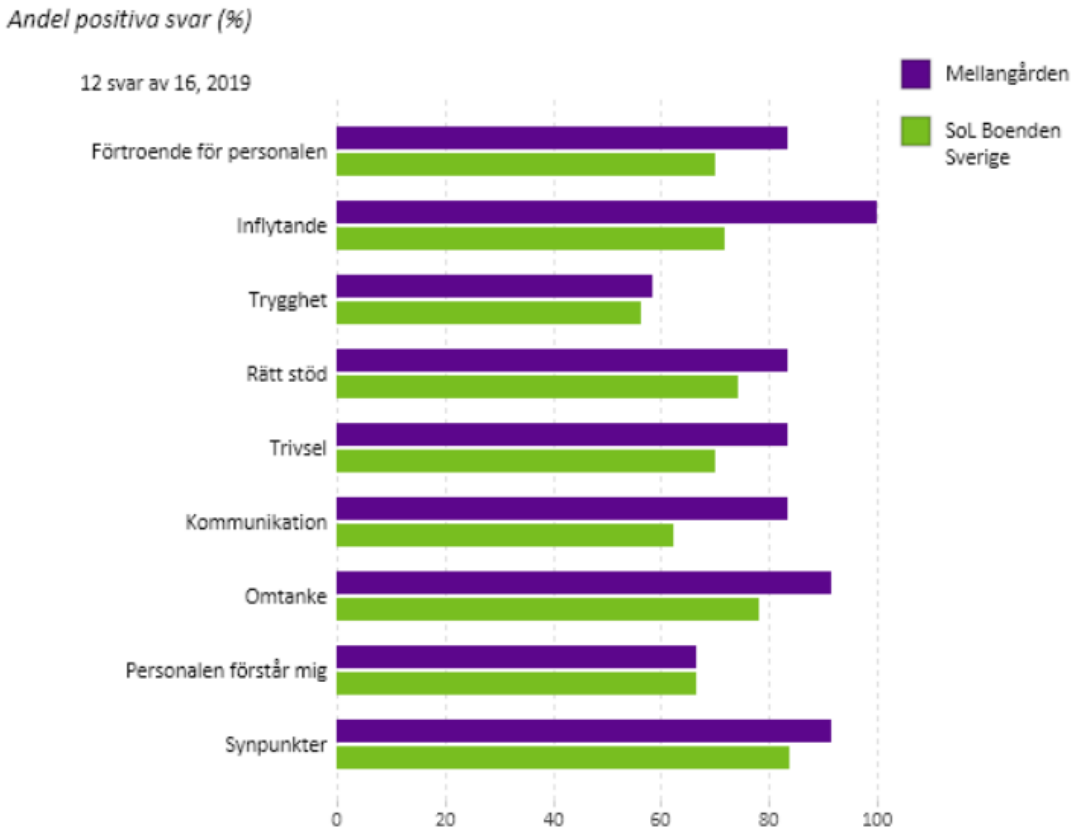
Resultatet visar att Bräcke diakonis verksamhet DV Falkenberg ligger högre än riksmedelvärdet när det kommer till *Omtanke*, *Betydelse*, och att *Synpunkter tas tillvara på* liksom något över snittet gällande *Förtroende för personalen* och att *Rätt stöd* ges (Fig. 11). *Personalen förstår mig* och *Inflytande* ligger dock lite lägre än riksgenomsnittet, och dessa har också sjunkit markant sedan 2018 (Fig. 12). Sett över tid så har det varit en kontinuerligt positiv utveckling inom *Omtanke* medan flertalet indikatorer ligger relativt stabilt över åren.




**Figur 12.** Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet Falkenberg 2017–19. Datakälla: kolada.se

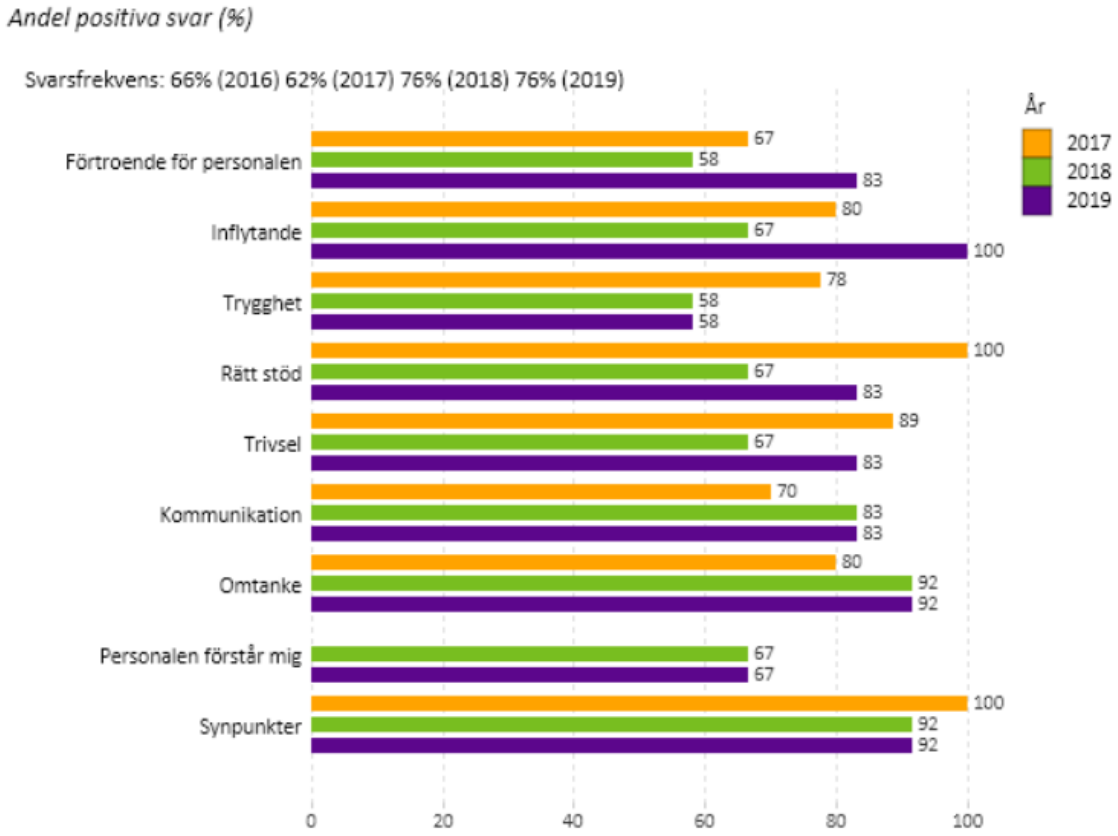
### *14.8.2.2 Mellangården*

I Figur 13 redovisas resultat för Bräcke diakonis boenderehabilitering Mellangården för 2019 i jämförelse med medelvärdet för alla SoL-boenden som har deltagit i undersökningen i Sverige under 2019. Figur 14 visar utvecklingen över tid för Mellangården under åren 2017-2019.




**Figur 13.** Nationell brukarundersökning Mellangården 2019. Jämförelse av Bräcke diakoni Mellangården med medelvärdet för alla dagliga SoL boenden i Sverige. Datakälla: kolada.se

Bräcke diakonis verksamhet Mellangården uppvisar mycket goda resultat jämfört med riksmedelvärdet av alla SoL-boenden i Sverige; Mellangården ligger klart högre i 7 av 9 indikatorer och något över eller lika i övriga två indikatorer. Vissa indikatorer uppvisar speciellt goda resultat; 100% av Mellangårdens brukare tycker de har *Inflytande* över sin vardag medan 92% tycker att de får *Omtanke* och att deras *Synpunkter* tas tillvara. Dessutom tycker 20% fler brukare på Mellangården än i Sverige generellt att *Kommunikationen* fungerar bra. Sett över tid så uppvisar indikatorerna antingen en positiv utveckling eller ligger stabilt mellan 2018 och 2019, då svarsfrekvensen var som högst (Fig. 14). *Personalen förstår mig* och *Trygghet* ligger såväl lägst som närmast riksgenomsnittet, och har därmed störst utvecklingspotential (Fig. 13 och 14).

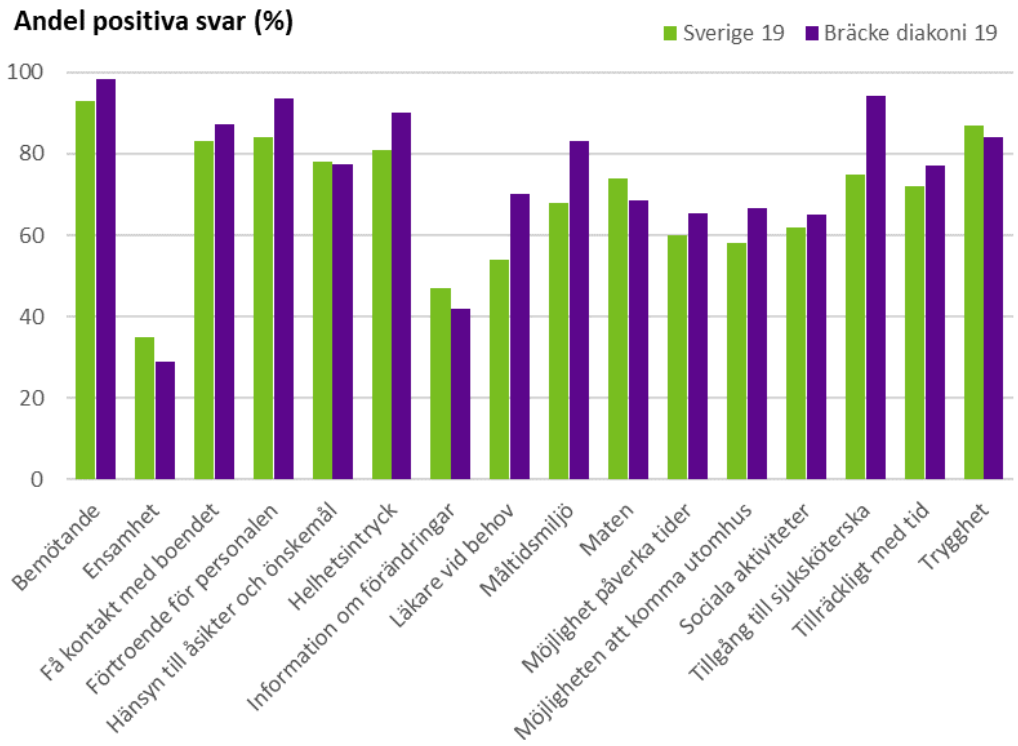



**Figur 14.** Nationell brukarundersökning Mellangården 2017–19. Datakälla: kolada.se

### 14.8.3 Äldreomsorg & Hospice

Socialstyrelsen genomför varje år en kommun- och enhetsundersökning samt undersöker vad de äldre tycker om äldreomsorgen[18]. 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 2019 och där det finns tillräckligt med inrapporterade data för respektive verksamhet.

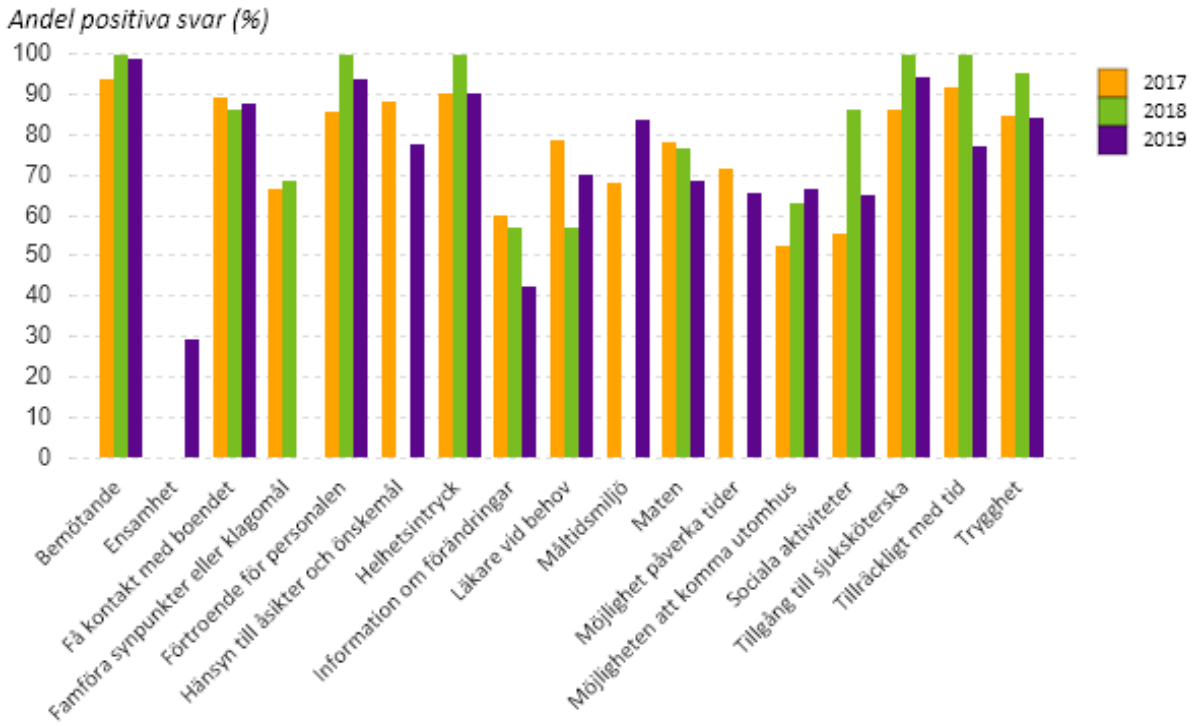
[18] Läs mer på Socialstyrelsens undersökningar av äldreomsorg




**Figur 15.** Bräcke diakonis verksamheters resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2019 samt jämförelser med medelvärdet för alla verksamheter i riket. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Bastuplan, Fristad, Ginstgården och Hornstull. Datakälla: kolada.se

I Figur 15 jämför vi våra resultat för de verksamheter vi har drivit under 2019 med medelvärdet i alla särskilda boenden för äldre i Sverige 2019. Bräcke diakonis resultat ligger över medelvärdet för Sverige i 12 av 16 indikatorer (Fig. 15). I de flesta fallen är skillnaden flera procentenheter. Notera att indikatorn *Besväras ofta av ensamhet*, en ny indikator för 2019, ska vara så låg som möjligt, vilket gör att Bräcke diakoni ligger bättre än riksgenomsnittet. Två indikatorer är sämre än riskgenomsnittet (*Information om förändringar* och *Trygghet*) medan *Hänsyn till åsikter och önskemål* är i nivå med hela Sveriges resultat.

Figur 16 visar utvecklingen inom Bräcke diakonis verksamheter över tid. De indikatorer som har förbättrats över åren är *Måltidsmiljö* och *Möjligheten att komma utomhus*, medan många av de andra indikatorerna hade en tydlig uppgång under 2018, ibland upp till 100%, vilket under 2019 har följts av en nedgång (Fig. 16). Detta skulle kunna bero på en naturlig variation men behöver följas vidare.




**Figur 16.** Bräcke diakonis verksamheters resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2017, 2018 och 2019. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Bastuplan, Fristad, Ginstgården och Hornstull. Datakälla: kolada.se

# 15 Strategier och handlingsplan för det kommande året

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under 2020 fokusera på följande områden:

## 15.1 Stiftelseövergripande aktiviteter

### 15.1.1 Synpunktshanteringen

- Förenkla synpunktshanteringen
- Uppmuntra synpunktsregistrering gällande förslag, beröm och frågor

### 15.1.2 Kvalitetsdialogen

- Utveckla frågorna så att det blir möjligt att jämföra över tid
- Utveckla fler resultatmått
- Utveckla uppföljningen av hållbarhetsarbetet i verksamheterna

### 15.1.3 Ledningssystemet

- Integrera ledningssystemet med intranätet och öka användarkunskapen
- Synliggöra förbättringar i intranätet

### 15.1.4 Systematiskt förbättringsarbete

- Utveckla stödet för det systematiska förbättringsarbetet genom att integrera Förbättringskraft med Resultatorienterad styrning (ROS)

### 15.1.5 Kvalitetsombud

- Fortsätta att utveckla rollen för det systematiska kvalitetsarbetet

### 15.1.6 Verksamhetsuppföljning

- Utveckla arbetssätt och plattform för strukturerad verksamhetsuppföljning inom de fyra fokusområdena och inom ramen för kvalitetsdialogen

## 15.2 Driftområdesspecifika insatser

### 15.2.1 Barn och ungdom

- Utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på enhets- och driftområdesnivå.
- Ta fram åtgärdsplan för att minska sjukfrånvaron
- Införa ROS som arbetsmodell för systematiskt förbättringsarbete i verksamheterna
- Fortsätta arbeten som startade i Förbättringskraft under hösten 2019 i syfte att öka samskapandet.

### 15.2.2 Hälsa och Vård

- Ta fram och implementera ett arbetssätt för rutindelning på områdesnivå.
- Få en spridning av ROS i verksamheterna.
- Analysera variation mellan vårdcentralerna i nationella patientenkäten med speciellt fokus på *Delaktighet/*I*nvolvering* samt *Emotionellt stöd*.

### 15.2.3 Psykiatri och Daglig verksamhet

- Fortsätta med att systematisera och sammanställa befintliga brukarmätningar samt att varje enhet ska ha ett dokumenterat förbättringsarbete utefter resultatet.
- Utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på enhets- och driftområdesövergripande nivå.
- Införa IBIC och göra medarbetarna säkrare kring dokumentation. Mäts genom medarbetares upplevelse samt genom journalgranskning.

### 15.2.4 Rehabilitering

- Implementera och sprida Resultatorienterad styrning (ROS) som metod för att planera och följa upp förbättringsarbetet inom rehabiliteringsverksamheterna.
- Fortsätta att utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på verksamhetsnivå.
- Öka samarbetet med driftområdet Hälsa- och vård.

### 15.2.5 Äldreomsorg och Hospice

- Utifrån resultatet i den nationella brukarenkäten behöver vi under 2020 fokusera på följande områden
    - Personcentrerad vård och omsorg (sociala aktiviteter, tid, mat)
    - Brukare och närståendes förtroende för oss, deras helhetsintryck av våra verksamheter, deras upplevelse av trygghet samt information om förändringar
- Utveckling av dokumentation och genomförandeplaner
- Fortsätt med att utveckla den palliativa kompetensen för att förbättra vården i livets slutskede.
- Utveckla egenkontrollen i båda driftområden med utgångspunkt i arbetssätten som togs fram i driftområdet Mälardalen.

Bräcke diakoni