



Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse  
2020



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

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 2021



## Innehåll

|      |                                                          |    |
|------|----------------------------------------------------------|----|
| 1    | Sammanfattning .....                                     | 4  |
| 1.1  | Uppföljning av handlingsplanen för 2020 .....            | 4  |
| 1.2  | Handlingsplan för 2021 .....                             | 5  |
| 2    | Inledning .....                                          | 6  |
| 3    | Strategier och handlingsplan .....                       | 7  |
| 3.1  | Stiftelseövergripande handlingsplan .....                | 7  |
| 3.2  | Driftområdesspecifika insatser .....                     | 7  |
| 4    | Organisation och ansvar .....                            | 9  |
| 4.1  | Ledningssystemet .....                                   | 10 |
| 5    | Systematiskt förbättringsarbete .....                    | 11 |
| 6    | Risikanalyser .....                                      | 13 |
| 6.1  | Risikanalyser på organisationsnivå .....                 | 13 |
| 6.2  | Riskbedömningar på individnivå .....                     | 13 |
| 7    | Egenkontroll .....                                       | 14 |
| 7.1  | Kvalitetsdialog som internrevision .....                 | 14 |
| 7.2  | Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview .....    | 14 |
| 7.3  | Externa revisioner och granskningar .....                | 15 |
| 7.4  | Övriga datakällor .....                                  | 15 |
| 8    | Avvikelsehantering .....                                 | 16 |
| 8.1  | Avvikelser .....                                         | 16 |
| 8.2  | Klagomål och synpunkter .....                            | 17 |
| 9    | Medarbetarnas delaktighet .....                          | 19 |
| 10   | Samverkan och omvärldsbevakning .....                    | 20 |
| 10.1 | Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare .....       | 20 |
| 10.2 | Samverkan med patienter, brukare och närstående .....    | 20 |
| 10.3 | Samverkan med andra samhällsaktörer .....                | 20 |
| 10.4 | Forskning .....                                          | 22 |
| 11   | Kvalitetsarbete under coronapandemin .....               | 23 |
| 12   | Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete .....  | 25 |
| 13   | Miljöarbete .....                                        | 26 |
| 14   | Informationssäkerhet .....                               | 27 |
| 15   | Resultat .....                                           | 28 |
| 15.1 | Uppföljning av handlingsplan för 2020 .....              | 28 |
| 15.2 | Systematiskt förbättringsarbete .....                    | 29 |
| 15.3 | Kvalitetsdialog .....                                    | 29 |
| 15.4 | Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse .....    | 30 |
| 15.5 | Verksamhetsområdesspecifika insatser .....               | 31 |
| 15.6 | Avvikelser .....                                         | 32 |
| 15.7 | Patient/brukarupplevelse av våra insatser .....          | 38 |
| 15.8 | Resultat efter driftområden .....                        | 39 |
| 16   | Strategier och handlingsplan för det kommande året ..... | 51 |
| 16.1 | Stiftelseövergripande handlingsplan: .....               | 51 |
| 16.2 | Verksamhetsspecifika handlingsplaner .....               | 52 |

## 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. Året 2020 inleddes med en ny driftorganisation som ledde till tydligare beslutsvägar och gemensamma arbetssätt. Som hela samhället utmanades även Bräcke diakoni av den fortfarande pågående coronapandemin som krävde snabba omställningar av hela verksamheten och som ledde till ändrade handlingsplaner och uppskjutna aktiviteter.

### 1.1 Uppföljning av handlingsplanen för 2020

Nedan sammanfattar vi resultatet av stiftelsens handlingsplan för 2020:

#### Synpunktshanteringen

- Synpunktmodulen är genomgången och identifierade förbättringar är delvis genomförda men vissa uppdateringar kvarstår till 2021.
- Under 2020 har verksamheterna uppmuntrats att registrera synpunkter gällande förslag, beröm och frågor både genom kvalitetsdialogen och under reflektionsmöten.

#### Kvalitetsdialogen

- Frågorna har reviderats, vissa har utvecklats medan andra har förtydligats. Aktuella frågor av tillfällig karaktär har lagts som fritext för att kunna jämföra övriga frågor över tid.
- Antalet resultatmätt har utvecklats så att alla dialogområden har mått för struktur, process och resultat.
- Hållbarhetsarbetet är flyttat till separat rapport.

#### Ledningssystemet

- Integrering av ledningssystemet och intranätet är förberett och migrering genomförs i början av 2021. Användarkunskapen behöver därefter utvecklas.
- Arbetet med att synliggöra förbättringar i intranätet kvarstår till 2021.

#### Systematiskt förbättringsarbete

- Utveckling av stödet för det systematiska förbättringsarbetet genom att integrera Förbättringskraft med Resultatorienterad styrning (ROS) har påbörjats och tas med till 2021.

#### Kvalitetsombud

- Kvalitetsombuden har fått en tydligare roll under coronapandemin som bl.a. informations- och kunskapsspridare eller hygienombud. Kvalitetsombud har i de flesta verksamheterna en självklar roll i kvalitetsarbetet.

#### Verksamhetsuppföljning

- Arbetet med fokusområdena är påbörjat och ett nytt arbetssätt för verksamhetsuppföljning är att fokusområden kopplas till målen för 2021.

## 1.2 Handlingsplan för 2021

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt stiftelseövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2021 fokusera på följande mål och aktiviteter uppdelat på stiftelsens fokusområden:

| Fokusområde                                             | Mål                                                                                                                 | Aktivitet                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diakoni i praktiken                                     | Integrera ledningssystemet med intranätet och öka användarkunskapen                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Flytta ledningssystemet till ny plattform</li><li>• Genomföra webinarier kring användning av nya ledningssystemet.</li></ul>                 |
| Stolta och engagerade medarbetare<br>Tillit och lärande | Synliggöra förbättringar i intranätet                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bygga upp en förbättringslogg och nyhetssida kring förbättringar</li></ul>                                                                   |
| Tillit och lärande                                      | Förstärkt arbete med basal hygien                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Skapa mätinfrastruktur för hygienronder och koppla dessa till Qlikview.</li><li>• Formalisera hygienombud och starta hygiennätverk</li></ul> |
| Tillit och lärande                                      | Utveckla arbetssätt för strukturerad verksamhetsuppföljning och egenkontroll inom de fyra fokusområdena             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Samverka med driftledningen kring uppföljning av nyckeltal</li><li>• Synliggöra nyckeltal för fokusområden</li></ul>                         |
| Tillit och lärande                                      | Utveckla Förbättringskraft som plattform för kompetensutveckling och stöd till det systematiska förbättringsarbetet | <ul style="list-style-type: none"><li>• Konceptualisera innehållet i FBK/ROS i gemensam plattform</li></ul>                                                                          |
| Tillit och lärande                                      | Utveckla stöd för samskapande.                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Utforma utbildning kring samskapande</li><li>• Stöd för arbetet med brukar-/patientråd.</li></ul>                                            |

## 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, omsorg, stöd och utbildning och människor *som ger*, vård, omsorg, stöd och utbildning. 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 20-tal kommuner (Göteborg, Ale, Alingsås, Härryda, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Mölndal, Partille, Stenungssund, Tjörn, Orust, Öckerö, Uddevalla, Lilla Edet, Halmstad, Falkenberg, Borås, Mullsjö, Järfälla, Jönköping, Nässjö, Linköping, Stockholm, Vallentuna, Uppsala).

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)<sup>1</sup>, patientsäkerhetslag (2010:659)<sup>2</sup>, hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)<sup>3</sup>, socialtjänstlag (2001:453) (SoL)<sup>4</sup>, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>5</sup> samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (2010:800)<sup>6</sup>. Den följer också Sveriges landsting och regioners (SKR) mall för patientsäkerhetsberättelser<sup>7</sup> 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.

Året 2020 inleddes med en ny driftorganisation där vi samlade alla verksamheter under en driftchef. Som hela samhället utmanades även Bräcke diakoni av den fortfarande pågående coronapandemin som krävde snabba omställningar av hela verksamheten och som orsakade ändrade handlingsplaner och uppskjutna aktiviteter. Den nya driftorganisationen visade sig leda till tydligare beslutsvägar och gemensamma arbetssätt vilket kom väl till gagn i denna utmanande tid.

---

<sup>1</sup> [SOSFS 2011:9](#)

<sup>2</sup> [SFS 2010:659](#)

<sup>3</sup> [SFS 2017:30](#)

<sup>4</sup> [SFS 2001:453](#)

<sup>5</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>6</sup> [SFS 2010:800](#)

<sup>7</sup> [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)



## 3 Strategier och handlingsplan

### 3.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2020 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.

### 3.2 Driftområdesspecifika insatser

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse fokuserade verksamhetsområdenas insatser under 2020 på följande områden:

#### 3.2.1 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 samskapet.

#### 3.2.2 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/Involvering* samt *Emotionellt stöd*.

#### 3.2.3 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.

### 3.2.4 Rehabilitering

- Implementera och sprida 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.

### 3.2.5 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.

## 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 består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Sedan året 2020 är driften av vården och omsorgen samlad i en gemensam driftorganisation med sex driftområden: Barn och Ungdom, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>8</sup>, HSL, Skollagen (2010:800)<sup>9</sup> 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 riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinsk rådgivare, verksamhetsutvecklare och 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.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och 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.

---

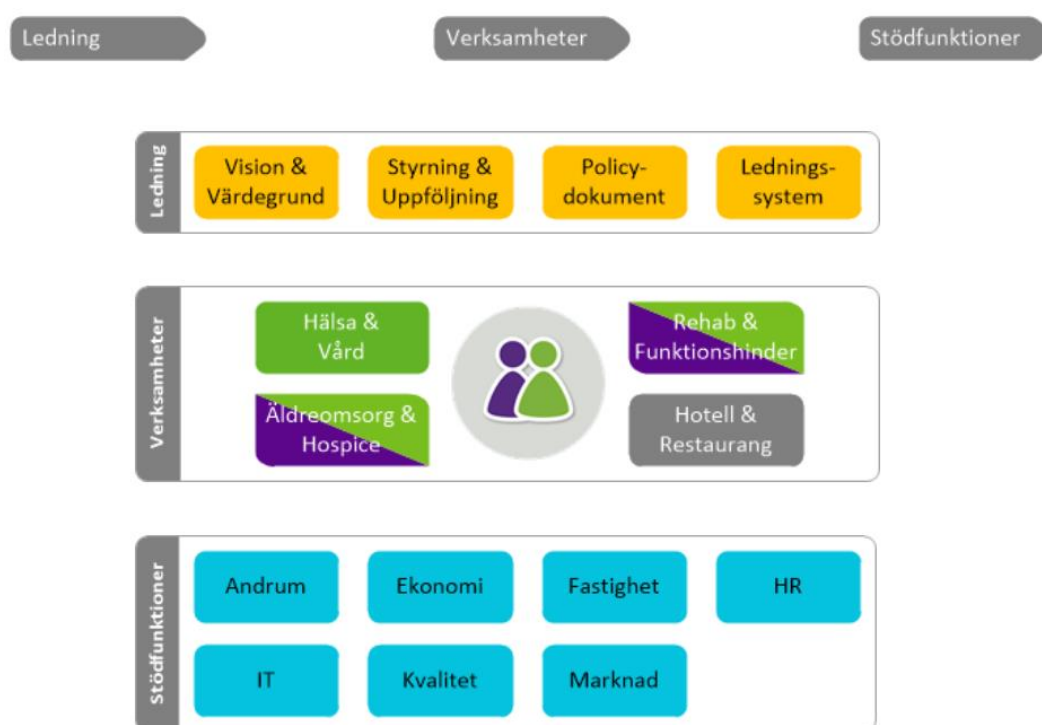
<sup>8</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>9</sup> [SFS 2010:800](#)

## 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 styrdokumentet utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksamhets behov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.

Plattformen för hantering av ledningssystemet 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.** Start sida 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 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 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 som 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 som verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever, deltagare eller gäster. Under programmet lär sig teamen 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*<sup>10</sup>. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit i Förbättringskraft. Det finns ett 120-tal förbättringscoacher med erfarenhet av att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University (ledarskap för innovationer), Ersta Sköndal Bräcke Högskola (samskapande) och Göteborgs Universitet (evidensbaserings).

Vidare så har vi under året ytterligare utvecklat vårt arbete med att skapa förbättringar i vardagen genom användningen av ett koncept som kallas för resultatorienterad styrning (ROS). 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 sätt 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.

---

<sup>10</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design](#)

Under 2020 har vi fortsatt vårt arbete 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. Syftet är att kunna följa måluppfyllelsen på aggregerad nivå för att kunna anpassa stöd för utveckling. Vi har under 2020 också utökat arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 16) genom att varje verksamhet fokuserar på SMARTa mål liksom utformar en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter.

## 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 patienter och brukare eller barn och föräldrar. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare vård, omsorg eller utbildning.

Arbetet med riskanalyser i verksamheterna eller barnkonsekvensanalyser i förskolan 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. Införandet av det behovsinriktade dokumentations- och arbetssättet IBIC (Individens behov i centrum) i fler av våra verksamheter utgör ett indirekt stöd för beslut om riskbedömning. Vårt dokumentationssystem för journalföring innehåller en riskbedömningsmodul som underlättar systematiska uppföljningar av bedömda risker på individnivå.

## 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 förskolan 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 och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt under dialogen utifrån en 3-gradig skala. 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 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 Kvalitetsanalys finns i dag data från följande källor: Avvikelser från tre olika datakällor (DF Respons, Vodok, Treserva), nationella brukar- och patientenkäter (Kolada), nationella kvalitetsregistret (Senior alert, Svenska Palliativregistret), data från vår interna Kvalitetsdialog, årliga mätningar på hygienkultur och våra strategiska fokusområden, se nedan.

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 organisationen och över tid.





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

### 7.3 Externa revisioner och granskningar

Under 2020 har några av våra verksamheter rutinemässigt reviderats externt av beställare, främst avtalshandläggare. Flertalet externa revideringar har ställts in på grund av coronapandemin, samtidigt som pandemin har föranlett att IVO har genomfört nationella granskningar av särskilda boenden för både kommunala och privata aktörer. Det strukturerade samarbetet med Apoteket AB för att utveckla och säkra vår läkemedelshantering har generellt också pausats på grund av pandemin under 2020.

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, SKR:s, Socialpedagogiska skolmyndighetens (SPSM) nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, nationella patientenkäten inom primärvården samt egna undersökningar med det 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, Primärvårds-kvalitet, BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros), CPUP (för patienter med diagnos CP), STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens) och MUNIN (Västra Götalandsregionens webbuppföljning av primärvårdsrehab).

## 8 Avvikelsehantering

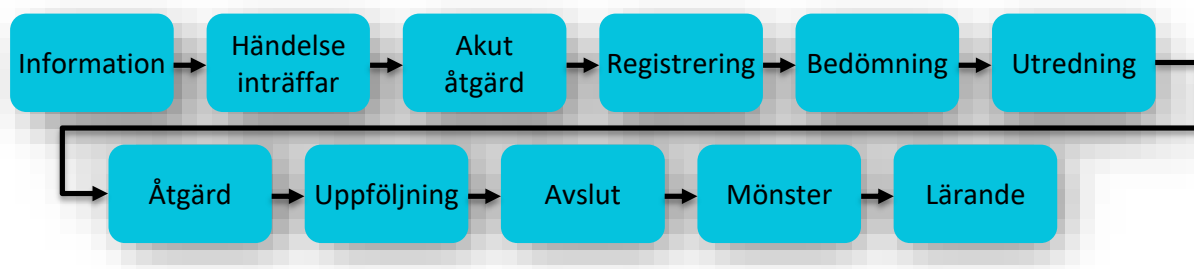
### 8.1 Avvikelser

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 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 och 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 misstanke om risk för vårdskada eller missförhållande och vid misstanke om allvarlig vårdskada eller missförhållande gör kvalitetsavdelningen tillsammans med verksamhetschefen en internutredning. Om utredningen visar på brister i verksamheten som har orsakat vårdskada eller missförhållanden eller bidragit till risker för vårdskada eller missförhållanden anmäls detta 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 systemstöd 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 i avvikelssystemet direkt till SAS. 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 utredning i enlighet med föreskriften om lex Sarah (SOSFS 2011:5)<sup>11</sup>. Syftet med utredningen är att kartlägga 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

Vårdskador 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 2017:41)<sup>12</sup>. 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 ska anmälas som en lex Maria till IVO enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) eller när det gäller medicintekniska produkter till Läkemedelsverket (SOSFS 2008:1)<sup>13</sup>. Bräcke diakoni är skyldig att också både informera och samverka med 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 avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via 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

---

<sup>11</sup> [SOSFS 2011:5](#)

<sup>12</sup> [HSLF-FS 2017:41](#)

<sup>13</sup> [SOSFS 2008:1](#)

lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>14</sup>. 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.

---

<sup>14</sup> [SFS 2017:372](#)

## 9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att 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 avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.
- Under våren 2020 har Förbättringskraft haft fokus på samskapande, i syfte att lyfta betydelsen av att personal tillsammans med de vi finns till för planerar för och arbetar med förbättringar för ökad kvalitet, delaktighet och effektivitet. Under hösten 2020 har extra fokus varit på att stärka teamens kunskapssökande för ökad evidensbaserings.

## 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 vilket 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.

### 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 har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Utredningen om kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering), en nationell samverkansgrupp kring corona tillsammans med SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och ingår i programråd för Vitalis. Bräcke diakoni ingår som en av 6 testbäddar i SKRs nationella projekt om införande av Patientkontrakt. Bräcke diakoni bidrar där med att utveckla arbetssätt för att öka samskapande med dem vi finns till för genom att använda förbättringskunskap som metod. Under 2020 deltar Bräcke diakoni i ett nationellt pilotprojekt för att stärka och stödja patientsäkerhetsarbetet för kommunal vård och omsorg. Projektet leds av SKR och har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024. Både på övergripande nivå samt i tre verksamheter har ett kartläggningsverktyg för ökad patientsäkerhet testats och handlingsplaner har utarbetats i syfte att förebygga vårdskador.

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 övriga Riksgymnasier i landet.
- Projekt Ringvån för att minska social isolering och ensamhet hos hemtjänstkunder i samarbete med Räddningsmissionen och med stöd från Radiohjälpen.
- Nationella kvalitetsnätverk för neuromuskulära sjukdomar, CP, förvärvade hjärnskador och ryggmärgsbräck.
- Inom Personligt ombud finns ett stort kontaktnät med relevanta myndigheter.

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

- Vuxensyskon – Vuxna personer som har vuxna syskon med funktionsnedsättning. Samarbete med FUB riks, RBU i Göteborg med omnejd, Autism&Aspergerförbundet, Nka, Anhörigas Riksförbund och Studieförbundet Vuxenskolan.
- Karamellpåsen – består av öppna förskolan Tilliten och Miniklubben. Tilliten är en öppen mötesplats för familjer som har barn med funktionsnedsättning och som finns på flera platser i Göteborg. Miniklubben är en träningsgrupp för små barn med rörelsestörningar och deras föräldrar. Samarbete med FUB i Göteborg, RBU i Göteborg med omnejd, Göteborgs kyrkliga stadsmission och Tidigt föräldrastöd. Projektet finansieras av Arvsfonden.
- Lipödem – Ett projekt som handlar att synliggöra och skapa förståelse för diagnosen lipödem med syfte att förbättra tillgången till vård och behandling för alla som är drabbade. Projektet har tagit fram verktyg för att underlätta för dem som är drabbade, för vårdpersonal samt information för politiker och beslutsfattare som ger ökad kunskap om vad diagnosen innebär. Projektet drivs i samarbete med Svenska Ödemförbundet (SÖF), Lymf- och lipödemföreningen i Stockholm (LymfS) samt 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. Samarbetspartner RBU i Göteborg med omnejd, Funktionsrätt VGR, FUB Göteborg och GIL, Göteborgs-köoperativet för Independent Living.
- TrUst – TrUst står för Trygghet Ur Stöd och är ett riktat föräldraskapsstöd för föräldrar med psykiska funktionsnedsättningar och det grundar sig i föräldrarnas erfarenheter och behov. Samverkanspartners är NSPHiG och stiftelsen Gyllenkroken.
- I Nöd och Lust – Stöd till äldre anhöriga som vårdar sin partner i det gemensamma hemmet. Samarbete med Anhörigas riksförbund, Nka och SPF seniorerna.

TriBus hunddagis är sedan 2020 integrerad i vår arbetsmarknadsintegrerade verksamhet Ett steg till, men startade som ett arvsfondsfinansierat arbetsmarknadsprojekt för personer med funktionsnedsättning.

## 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 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 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 under 2020 även haft ett samarbete med Betaniastiftelsen kring utbildning i palliativ vård och ett samarbete med Ersta Sköndal Bräcke Högskola för forskning på utbildningsinsatsen.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakonis en årlig *Kunskapsarena* för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2020 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad praktik och kunskapsimplementering inom vård och social omsorg och i programmet deltog forskare, föreläsare för Folkhälsomyndigheten samt fem förbättringsteam från Förbättringskraft.

Bräcke diakoni bidrar till framtagande av ny kunskap genom vårt deltagande i ett flertal forskningsprojekt i samarbete med forskare från Jönköping University, Göteborgs universitet, Ersta Sköndal Bräcke högskola. Sedan 2018 har vi dessutom en av Riksbankens jubileumsfond finansierad forskartjänst på Bräcke diakoni med Ola Segnestam Larsson som forskar om värdeskapande och samskapande<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> [Riksbankens jubileumsfond](#)



## 11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

Coronapandemin var oväntad för oss alla och har krävt ständiga, snabba omställningar där organisationens styrning, beslutsfattande, roller och ansvar har satts på prov.

Tidigt i pandemin tillsattes på Bräcke diakoni ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikatör och krissamordnare (diakon) som tillsammans har drivit och samordnat smittskyddsarbetet. Omvärldsbevakning på internationell, nationell, regional och lokal nivå tillsammans med riskanalyser på organisations-, verksamhets- och individnivå utgjorde grunden för en mängd åtgärder för att säkra hög kvalitet och patientsäkerhet samt förhindra smittspridning. Ett tätt samarbete mellan krisledningsteam och stödfunktioner har resulterat i god kommunikation till verksamheterna och medarbetarna.

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. Vidare har lokala riskanalyser, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. Varje verksamhets lokala kvalitetsombud har fått ett särskilt uppdrag som informationsspridare inom sin verksamhet. Medarbetarna har via Intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser och egenkontroller såsom hygienkulturmetning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

Krisledningsteamets förebyggande arbete har även inkluderat simulering av olika tänkbara sjukdomsscenarior av personal och behov av kohortvård för att underlätta planering och bemanning av extra personal. Dessutom har ett stort arbete lagts ner på att säkra god tillgång till skyddsutrustning med rätt kvalitet. Genom regelbunden inventering i alla verksamheter och en centralt styrd process för inköp och distribution har vi lyckats säkerställa att det under hela pandemin har funnits tillräckligt med skyddsutrustning i varje verksamhet.

Medarbetarna är uppmärksamma på symptom hos både dem vi finns till för och sig själva. PCR-provtagning i våra verksamheter i Göteborgsregionen hanteras av vår arbetsintegrerade verksamhet Ett steg till, i samarbete med Västra Götalandsregionen.

En snabb digitalisering genomfördes under våren. Möten hålls nuförtiden digitalt i mycket större omfattning inom hela organisationen. Användandet av läsplattor för kommunikation mellan brukare och närstående men också mellan sjuksköterskor, läkare och omvårdnadspersonal internt har underlättat kommunikation lokalt i verksamheterna. Webinarier riktat till personal och chefer har varit ett sätt att sprida ny information samt fånga upp och hantera frågor och eventuell oro medan digital introduktionsutbildning har tagits fram till nya medarbetare.

Sammanfattningsvis präglas vårt kvalitetsarbete under pandemin av såväl systematik som en hög grad av flexibilitet. Ny kunskap inhämtas och implementeras kontinuerligt. Det finns en tydlig kommunikation med utgångspunkt i de nationella rekommendationerna med en anpassning till lokala förutsättningar efter genomförda riskanalyser. Implementeringen av nya arbetssätt och förändringen av situationen följs upp genom löpande avstämning i krisledning, driftledning och operativa arbetsgrupper (smittskydd, skyddsutrustning, bemanning, kommunikation) och en tät kontakt mellan dessa och de lokala ledningsteam.

Under 2020 har vi på de 39 enheter där vi har stadigvarande ansvar för dem vi finns till för genomfört 538 provtagningar på boende, brukare eller deltagare (tabell 1). Totalt var 76 prover positiva och av de med bekräftad covid-19 har 64 personer tillfrisknat medan 13 brukare på särskilt boende har avlidit. Ingen har avlidit i de andra verksamheterna.

**Tabell 1.** Sammanställning av antal provtagningar, positiva fall, tillfrisknade och avlidna med covid-19 under 2020 i Bräcke diakoni.

| Verksamhet           | Enheter   | Provtagningar | Positiva  | Tillfrisknade | Avlidna   |
|----------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| Daglig/Dagverksamhet | 5         | 10            | 2         | 2             |           |
| Hemtjänst            | 3         | 86            | 8         | 8             |           |
| LSS Boende           | 17        | 61            | 8         | 8             |           |
| SoL Boende           | 3         | 25            | 1         | 1             |           |
| Äldreboende          | 11        | 356           | 57        | 45            | 13        |
| <b>Summa</b>         | <b>39</b> | <b>538</b>    | <b>76</b> | <b>64</b>     | <b>13</b> |

Bräcke diakonis arbete med att hantera pandemin blev under våren lyft som gott exempel av Socialstyrelsen och Regeringskansliet. Även om andra vågen under hösten slog hårdare mot våra verksamheter så har andelen avlidna varit lägre än i liknande verksamheter i Sverige. På våra äldreboenden har 21% av brukarna med konstaterad covid-19 avlidit, i Sverige är andelen avlidna med covid-19 i åldern 70+ på särskilda boenden 31%<sup>16</sup>. Inom hemtjänst har 22% av brukarna i åldern 70+ med konstaterad covid-19 avlidit i Sverige, medan inga av våra hemtjänstkunder har avlidit i sjukdomen.

<sup>16</sup> [Socialstyrelsen, Covid-19 i åldersgruppen 70+, 200125](#)

## 12 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. 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
- 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.

### 13 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2020 den elfte diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk miljöbas krav beaktar vi också de olika krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma.

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga verksamheter och medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning. Kompetensen fylls på regelbundet med kompetenshöjande aktiviteter.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet, har miljöombuden som finns utsedda på respektive verksamhet. Nytt för i år är att vi har en internrevisor för miljöarbete, så att vi ännu tydligare följer upp hur vi lyckas med miljöarbetet. Tillsammans utgör miljösamordnaren, internrevisorn och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Vi har under året moderniserat vår fordonspark och integrering av miljödata i en webbportal pågår, så att vi ska ha koll på den miljöbelastning som våra fordon står för.

På grund av den pågående covid-19 pandemin har resandet under året varit ytterst begränsat. Vi har då upptäckt att mycket går att göra genom webbmöten. Det är en erfarenhet som vi tar med oss in i framtiden och som kan göra mycket för miljön.

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, vi har 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 verksamheter 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. Vi reser i första hand med tåg. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och drivs med diesel, el, eller är gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna.

## 14 Informationssäkerhet

Under 2020 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.
- Förbättra lagring och sökbarhet av information om de register som hanterar personuppgifter i stiftelsens verksamheter.

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.
- Rådet har träffats för möten fyra gånger under året och har haft fem möten för att besluta om en anmälan ska göras till Datainspektionen eller ej.

## 15 Resultat

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

### 15.1 Uppföljning av handlingsplan för 2020

I förra årets kvalitetsberättelse identifierades ett antal aktiviteter för 2020. Nedan sammanfattar vi åtgärder och resultat för dessa.

#### 15.1.1 Synpunktshanteringen

| Aktiviteter                                                        | Åtgärder                                                                                                                                                                                                        | Resultat |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Förenkla synpunktshanteringen                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>Synpunktmodulen är genomgången och identifierade förbättringar är delvis genomförda men vissa uppdateringar kvarstår till 2021.</li></ul>                                 | !        |
| Uppmuntra synpunktsregistrering gällande förslag, beröm och frågor | <ul style="list-style-type: none"><li>Under 2020 har verksamheterna uppmuntrats att registrera synpunkter gällande förslag, beröm och frågor både genom kvalitetsdialogen och under reflektionsmöten.</li></ul> | ✓        |

#### 15.1.2 Kvalitetsdialogen

| Aktiviteter                                                    | Åtgärder                                                                                                                                                                                                                               | Resultat |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Utveckla frågorna så att det blir möjligt att jämföra över tid | <ul style="list-style-type: none"><li>Frågorna har reviderats, vissa har utvecklats medan andra har förtydligats. Aktuella frågor av tillfällig karaktär har lagts som fritext för att kunna jämföra övriga frågor över tid.</li></ul> | ✓        |
| Utveckla fler resultatmått                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Antalet resultatmått har utvecklats så att alla dialogområden har mått för struktur, process och resultat.</li></ul>                                                                             | ✓        |
| Utveckla uppföljningen av hållbarhetsarbetet i verksamheterna  | <ul style="list-style-type: none"><li>Hållbarhetsarbetet är flyttat till separat rapport.</li></ul>                                                                                                                                    | ✓        |

#### 15.1.3 Ledningssystemet

| Aktiviteter                                                         | Åtgärder                                                                                                                                                                                  | Resultat |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Integrera ledningssystemet med intranätet och öka användarkunskapen | <ul style="list-style-type: none"><li>Integrering av ledningssystemet och intranätet är förberett och genomförs i början av 2021. Användarkunskapen behöver därefter utvecklas.</li></ul> | !        |
| Synliggöra förbättringar i intranätet                               | <ul style="list-style-type: none"><li>Detta arbete kvarstår.</li></ul>                                                                                                                    | ✗        |

#### 15.1.4 Systematiskt förbättringsarbete

| Aktiviteter                                                                                                                           | Åtgärder                                                                                                                              | Resultat |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Utveckla stödet för det systematiska förbättringsarbetet genom att integrera Förbättringskraft med Resultatorienterad styrning (ROS). | <ul style="list-style-type: none"><li>Detta arbete har påbörjats men har gått långsammare på grund av den rådande pandemin.</li></ul> | !        |

### 15.1.5 Kvalitetsombud

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Fortsätta att utveckla rollen för det systematiska kvalitetsarbetet | <ul style="list-style-type: none"><li>Kvalitetsombuden har fått en tydligare roll under coronapandemin som bl.a. informations- och kunskapsspridare eller hygienombud. Kvalitetsombud har i de flesta verksamheterna en självklar roll i kvalitetsarbetet.</li></ul> | ✓ |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### 15.1.6 Verksamhetsuppföljning

| Aktiviteter                                                                                                                                | Åtgärder                                                                                                                                                                                                                                                                      | Resultat |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Utveckla arbetssätt och plattform för strukturerad verksamhetsuppföljning inom de fyra fokusområdena och inom ramen för kvalitetsdialogen. | <ul style="list-style-type: none"><li>Arbetet med fokusområdena är påbörjat och ett nytt arbetssätt för verksamhetsuppföljning är att fokusområden kopplas till målen för 2021. Generellt har inte detta mål utvecklats i planerad takt på grund av coronapandemin.</li></ul> | !        |

## 15.2 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2020 har 5 förbättringsteam med sammanlagt 19 medarbetare deltagit i Förbättringskraft med följande förbättringsarbeten:

- Öka delaktigheten i deltagarråd – genom att stödja deltagaren och strukturera deltagarrådet *Daglig verksamhet Falkenberg*
- "Mer dödsmetall!" – Ett samskapande förbättringsarbete med syfte att öka kvalitén i en kon-  
ditionsgrupp *Rehabcenter Treklöverhemmet*
- Energibrist? Aktivitetsbalans? – Räcker energin till det du vill göra i vardagen? *Rehabcenter  
Treklöverhemmet*
- Fokus på samspel/kommunikation för personer med funktionsvariationer (på låg utvecklings-  
nivå) med behov av kommunikativt stöd *Daglig verksamhet Verksam*
- Det blev för mycket information... Kan bildspel underlätta ett studiebesök? *Korttidsboende  
Mellangården*

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.

## 15.3 Kvalitetsdialog

Under 2020 har kvalitetsavdelningen genomfört 39 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 resultat-kvalitet. Skattningen kan ses som ett mått på 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.

I Figur 4 görs också en jämförelse med 2019. 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. Under årets uppdatering

har målet varit att utveckla frågorna på ett sätt att områdenas mått kan jämföras över tid och att de ger en heltäckande bild av områdena. Uppdateringar av årets frågor inkluderar därmed fler resultatmått, så att alla områden har en eller flera frågor kring struktur, process och resultat. Frågorna i enkäten har förtydligats och vissa skattningar har reviderats. Området Samverkan har ändrats så mycket att jämförelse med 2019 ej är möjlig. För att kunna jämföra områdena över tid och samtidigt anpassa dialogen med aktuella frågor finns ett antal fritextfrågor. Strukturfrågorna skickas i förväg till verksamheterna och skattningen av dessa följs upp gemensamt under dialogen.

| Område                             | Kvalitetsdialog 2020 |         |          | Skillnad mot 2019 |         |          |
|------------------------------------|----------------------|---------|----------|-------------------|---------|----------|
|                                    | Struktur             | Process | Resultat | Struktur          | Process | Resultat |
| 1. Styrdokument och ledningssystem | 2,7                  | 2,7     | 2,5      | 0,39              | 0,41    | -0,15    |
| 2. Riskanalyser                    | 2,9                  | 2,9     | 2,8      | 0,40              | 0,26    | 1)       |
| 3. Avvikelsehantering              | 3,0                  | 2,6     | 2,6      | 0,22              | 0,12    | -0,02    |
| 4. Egenkontroll                    | 2,6                  | 2,7     | 2,6      | -0,27             | 0,20    | -0,02    |
| 5. Kunskap och kompetens           | 2,5                  | 2,6     | 2,7      | -0,11             | -0,04   | 1)       |
| 6. Samverkan                       | 2,4                  | 2,7     | 2,7      | 1)                |         |          |

**Figur 4.** Kvalitetsmognad i organisationen (Skala 1-3). Medelvärde av alla verksamheters skattning från kvalitetsdialogen (n= 39). <sup>1)</sup> Jämförelsedata saknas.

Resultaten ovan visar att verksamheterna har uppnått goda resultat i de områden som innefattas i dialogen. Flertalet strukturer och processer är också välutvecklade och alla områden har ett mått på minst 2,4. Medelvärdet för området styrdokument och ledningssystem har ökat på grund av att det digitala ledningssystemet nu används i alla driftområden, många verksamheter har sina styrdokument på plats och medarbetarna använder systemet i det dagliga arbetet. Resultatmålet är kopplat till hur väl verksamheterna har uppnått förra årets kvalitetsmål och under 2020 har coronapandemin hindrat en del av detta arbete. Å andra sidan har coronapandemin lett till ett ökat arbete med riskanalyser som har genomförts i alla verksamheter, riskanalyser är nu ett arbetssätt som är väl inarbetat i våra verksamheter. Avvikelse rapporteringen har fortsatt att utvecklas positivt under 2020 men det behövs visst ytterligare arbete med att få synpunkter från patienter brukare eller anhöriga att leda till förbättringar i vissa verksamheter. Vi ser också att egenkontrollerna till viss del har fått stå tillbaka till förmån för hanteringen av coronapandemin, likadant gäller för arbetet främst kring kartläggning av kunskap och kompetens. Samverkansmått har vidareutvecklats inför dialogen 2020 och visar på att vissa verksamheter saknar strukturer för samskapande vilket är förbättringsområde under 2021. Till viss del beror detta även på restriktioner på grund av coronapandemin.

## 15.4 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt under 2020. 40 verksamheter har skrivit sina egna berättelser. Kvalitetsavdelningen har bidragit 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 2021. 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.



## 15.5 Verksamhetsområdesspecifika insatser

Nedan följer en sammanställning av de insatser som har gjorts under 2020 utöver de särskilda satsningar för att hantera pandemin utefter de mål som sattes för året i 2019 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse (se Kap. 3).

### 15.5.1 Barn och Ungdom

- I de flesta verksamheter har året 2020 till stora delar präglats av coronapandemin. Flera verksamheter fick ställa om sina arbetssätt, stärka upp kring basala hygienrutiner, införa användningen av skyddsutrustning och digitala möten samt minska utåtriktade kontakter för både medarbetare och de vi finns till för.
- Vi har haft fokus på dokumentation och införandet av IBIC. I Halmstad har vi utbildat två processledare som i sin tur har stöttat alla verksamheter i arbetet. På varje boende har vi utsett ett dokumentationsombud som sedan kommer att vara motor i det fortsatta arbetet.
- I början av året var fokus att arbeta med åtgärder för att minska sjukfrånvaro. Men på grund av pandemin så fick vi lägga detta arbete på paus. Vid årsskiftet kom vi igång i form av projektet "Hälsofrämjande arbetsplats".
- Vi har arbetat med att minska personalomsättningen och få stabila personalgrupper och bl.a. infört stödpedagoger på Östergården.
- Vi har startat upp ROS som arbetsmodell för systematiskt förbättringsarbete på Östergården. I denna grupp ingår enheterna BmSS, Korttidsboendet Östergården och Habiliteringen Bräcke
- På Riksgymnasiet har man fortsatt arbetet med samskapande, men eftersom året präglats av pandemin har det bromsats upp av att man fått fokuserat på andra delar.

### 15.5.2 Hälsa och Vård

- Året har förstås präglats av pandemin. Stora omställningar har fått göras för att hantera provtagning och smittspårning och under senare delen av året också förberedelser för vaccineringsringar.
- Rutiner och arbetssätt har förbättrats och stärkts avseende läkarmedverkan på särskilda boenden för äldre.
- Vi har arbetat fram ett årshjul för kompetensutveckling.
- Driftområdets ledningsmöten har justerats och innehåller bland annat avsatt tid för att gå igenom och dela med sig av interna rutiner och arbetssätt.
- Vi har infört yrkesspecifika utbildningar i korrekta och medicinskt säkra diagnosregistreringar.
- En pilot för digitalt kommunikationsverktyg med våra patienter har genomförts med gott resultat och vi har förberett införande av samma verktyg på alla våra vårdcentraler.

### 15.5.3 Psykiatri och Daglig verksamhet

- I våra dagliga verksamheter har vi genomfört förbättringsarbeten avseende samspel och kommunikation, inflytande och delaktighet.
- Införande av IBIC har påbörjats i våra dagliga verksamheter.
- Mellangården har genomfört förbättringsarbeten i att tydliggöra hur det är att bo i boendet med bildstöd och digitala studiebesök samt att ta fram arbetssätt och rutiner för att möjliggöra ökad samverkan med anhöriga.

#### 15.5.4 Rehabilitering

- ROS har implementerats på driftområdets ledningsgrupp som verktyg för att planera och följa upp områdets handlingsplan och prioriterade områden. Metoden har börjat att implementeras på en del verksamheter inom driftområdet.
- Fokus för verksamheterna har varit att hantera konsekvenserna av Covid-19 pandemin. På flera verksamheter inom driftområdet har vi fått tillämpa korttidsarbete under våren och hösten 2020. Detta har påverkat arbetet med att utveckla användningen av kvalitetsindikatorer på verksamhetsnivå.
- Primärvårdsrehabiliteringsverksamheterna på Alingsås, Skara och Falköping har utvecklat ett bra samarbete med driftområdet Hälsa- och vård som resulterat i ett förbättrat patientflöde.

#### 15.5.5 Äldreomsorg och Hospice

- Under året som gått har arbetet med att skydda våra äldre från covid-19 varit i fokus vilket gjort att riskbedömningar, hygienrutiner, användandet av skyddsutrustning, kohortvård varit stående dagliga punkter i alla våra verksamheter.
- Planerade insatser inom personcentrerad vård och omsorg har fått en ytterligare dimension då det varit starka begränsningar av gemensamma aktiviteter vilket gjort att egen tid med egna aktiviteter har stått i centrum.
- Informationsöverföringen till närstående under rådande besöksförbud och avrådande till besök under största delen av året har krävt många och tydliga dialoger mellan våra medarbetare och närstående så alla har känt tillit och förtroende att verksamheten gjort sitt bästa för deras nära och kära. Många kontakter har skett digitalt via mail, teams, facetime och telefon. Det som vi har upplevt mycket viktigt är att de boende och närstående har kunnat se varandra.
- Arbetet med utveckling av certifiering i palliativ vård har varierat inom våra verksamheter men arbetet pågår.
- Pandemin har gjort att utvecklingen av arbetssätten gällande egenkontrollerna övergår till 2021 års handlingsplan.

### 15.6 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 avvikelsernas 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.

#### 15.6.1 Antal avvikelser och synpunkter

Antalet avvikelser har under 2020 minskat medan antalet synpunkter har fortsatt att öka (Tab. 2). Notera att antal avvikelser alltid är fler än antal händelser då en händelse kan vara kopplad till flera typer av avvikelser, t.ex. både fall och bristande insats. En ökning av avvikelser kan därmed bero både på att fler händelser inrapporteras och att det i snitt kopplas fler typer av avvikelser till varje ärende. Mellan 2019 och 2020 låg antalet avvikelser per händelse på samma nivå (2018: 1,15; 2019: 1,26; 2020: 1,27), därför fokuserar analysen framöver på avvikelserna. Generellt sett minskade antalet avvikelser

vilket beror på att vi under året har avslutat verksamheter. Omräknad till verksamheten som var i drift under 2020 ser vi lätt ökning från 4,07 till 4,08 inrapporterade avvikelser per helårsarbete.

Ser man på enskilda driftområden så kan minskningen kopplas till två driftområden: Äldreomsorg och Hospice och Psykiatri och Daglig verksamhet. Inom båda dessa driftområden har vi under året avslutat eller lämnat över driften av boenden så att vi i under 2020 har haft färre boenden än under 2019. Övriga driftområden har ökat sin inrapportering. Vi ser en ökad inrapportering som 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.

**Tabell 2.** Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2018 – 2020.

| <b>Driftområden</b>           | <b>2018</b>  | <b>2019</b>  | <b>2020</b>  |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Barn & Ungdom                 | 358          | 958          | 1 233        |
| Hälsa & Vård                  | 292          | 383          | 460          |
| Psykiatri & Daglig verksamhet | 166          | 153          | 108          |
| Rehabilitering                | 163          | 130          | 172          |
| Äldreomsorg & Hospice         | 1 714        | 2 063        | 1 586        |
| Övriga                        | 23           | 24           | 20           |
| <b>Avvikelser totalt</b>      | <b>2 716</b> | <b>3 711</b> | <b>3 579</b> |
| Avvikelser per helårsarbete   |              | 4,07         | 4,08         |
| <b>Antal synpunkter</b>       | <b>109</b>   | <b>135</b>   | <b>196</b>   |

Äldreomsorg och Hospice står fortfarande för största andelen avvikelser (Tab. 2), där det sker många enklare läkemedels- och fallavvikelser, även om ett preventivt arbete kan ha bidragit till den markanta minskningen. Driftområdet Barn och Ungdom har en stor ökning av sina avvikelser över åren, där ökningen mellan 2018 och 2019 kan förklaras med att det tillkom 16 nya verksamheter i Halmstad. Alla verksamheter inom detta driftområde har under 2020 också blivit bättre på att rapportera in avvikelser. Likadant gäller Hälsa och Vård, som fortsätter öka sin inrapportering av avvikelser.

Vi har under 2020 arbetat med att även öka inrapportering av synpunkter. Detta har gett resultat och under 2020 registrerades 196 synpunkter och klagomål från patienter, brukare eller närstående i vårt digitala system. Fortfarande besvaras flertalet mindre synpunkter och klagomål muntligen i samband med omedelbar lokal hantering och problemlösning så vi kommer fortsätta uppmuntra dokumentation. Siffran kan därför vara en underskattning av det totala antalet. Under 2020 har vi vidareutvecklat synpunktshanteringen så att det är lättare att registrera synpunkter.

### 15.6.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under 2020 har 50 utredningar genomförts enligt lex Sarah och lex Maria samt 11 personuppgiftsincidenter enligt Dataskyddsförordningen. Av dessa har 12 utredningar anmälts till IVO samt 6 till Datainspektionen (Tab. 3). Detta är en minskning av antalet utredningar jämfört med 2019 men är fortfarande högre än 2018. De flesta lex Maria och lex Sarahutredningar visar inte på behov av anmälan till IVO medan ungefär hälften av personuppgiftsincidenterna har anmälts till Datainspektionen, vilket visar att verksamheterna är bra på att rapportera in allvarliga avvikelser.

**Tabell 3.** Antal allvarliga avvikelseärenden inom Bräcke diakoni under 2018 – 2020 som har utretts respektive anmälts till myndighet i enlighet med gällande regelverk.

| Lex Maria                                              | 2018            | 2019 | 2020 |
|--------------------------------------------------------|-----------------|------|------|
| Utredningar                                            | 17              | 31   | 27   |
| varav risker för vårdskada                             | 0               | 8    | 8    |
| varav vårdskador                                       | 5               | 5    | 1    |
| Anmällda till IVO                                      | 5               | 13   | 9    |
| Lex Sarah                                              | 2018            | 2019 | 2020 |
| Utredningar                                            | 19              | 37   | 23   |
| varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden | 0               | 1    | 0    |
| varav allvarliga missförhållanden                      | 6               | 5    | 3    |
| Anmällda till IVO                                      | 6               | 6    | 3    |
| Medicintekniska produkter                              | 2018            | 2019 | 2020 |
| Utredningar                                            | 1 <sup>1)</sup> | 0    | 0    |
| Anmällda till Läkemedelsverket                         | 0               | 0    | 0    |
| Personuppgiftsincidenter                               | 2018            | 2019 | 2020 |
| Utredningar                                            | 2               | 15   | 11   |
| Anmällda till Datainspektionen                         | 2               | 5    | 6    |

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

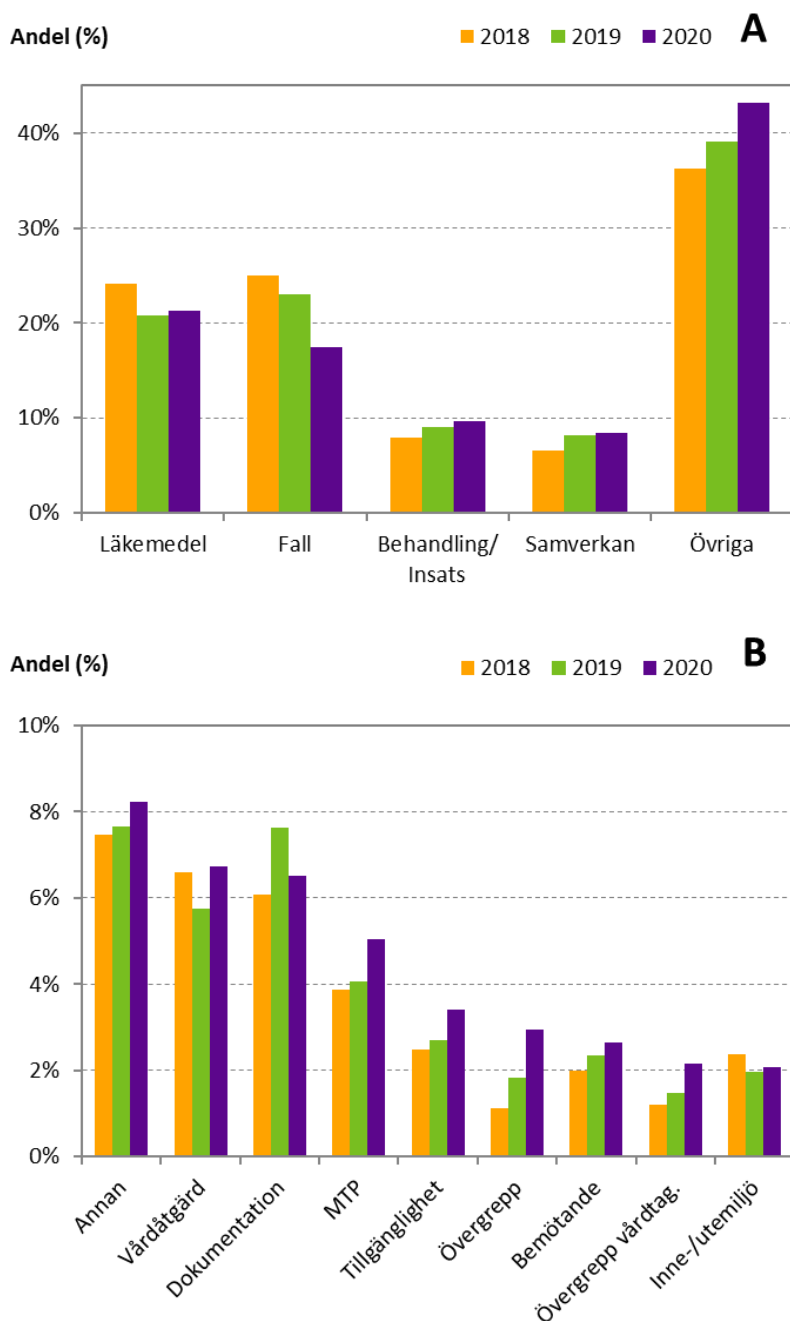
IVO har avslutat alla tre lex Sarah-ärenden med bedömningen att huvudmannen ”har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med LSS och SoL samt har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade, vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen”. En lex Sarah utredning avseende en händelse som inträffade i slutet av 2020 är under pågående utredning.

Av totalt nio lex Maria anmälningar har 8 ärenden 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 Maria-ärende är fortfarande under utredning hos IVO.

Datainspektionen har efter granskning beslutat att avsluta alla ärenden utan ytterligare åtgärd.

### 15.6.3 Avvikelse typer

I Figur 5 redovisas fördelningen av olika avvikelse typer. Måttet är beräknat på antal avvikelser per avvikelse typ dividerat med det totala antalet avvikelser under året vilket ger oss ett jämförbart mått över tid.



**Figur 5.** Andel av de vanligaste avvikelse typerna under 2018-2020 (A). Övriga avvikelse typer (> 2 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

Som i många liknande vård- och omsorgsverksamheter är de vanligaste orsakerna för avvikelser *hanteringen av läkemedel* och *fall*. Under 2020 utgör de tillsammans knappt 40% av alla avvikelser. Fel och brister i *behandlings- och insatser* liksom *samverkan* är de andra större avvikelse typerna. Bland övriga

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

Minskningen av andelen fallavvikelser har fortsatt även under 2020 vilket beror på att vi har mindre äldreomsorg där fallavvikelser är vanliga eller att andelen i sig har minskat relativt övriga avvikelsestyper, men det kan också vara ett resultat av flertalet verksamheters fokus på fallpreventivt arbete. Ökningen av flertalet avvikelser gällande t.ex. *behandling/insats*, *samverkan* och *vårdåtgärd* kan vara en effekt av att vi under 2020 haft ett fortsatt arbete med att öka avvikelse rapporteringen 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 avvikelse rapportering. I avvikelse typen *Annan* återfinns avvikelser relaterade till coronapandemin, vilket kan förklara en del av den ökningen. *Covid-19* är från 2021 en egen avvikelse typ.

#### 15.6.4 Allvarlighetsgrad

I vårt system för avvikelsehantering (DF Respons) graderas alla avvikelser efter SKR:s Handböcker för risk- och händelseanalyser<sup>17,18</sup> 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 hanteras av verksamhetscheferna själva med stöd av MAS, MAR, SAS eller medicinsk rådgivare vid behov. MAS, MAR eller SAS är alltid delaktiga i utredningen vid allvarlighetsgrad 3 och leder utredningen av alla allvarlighetsgrad 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.

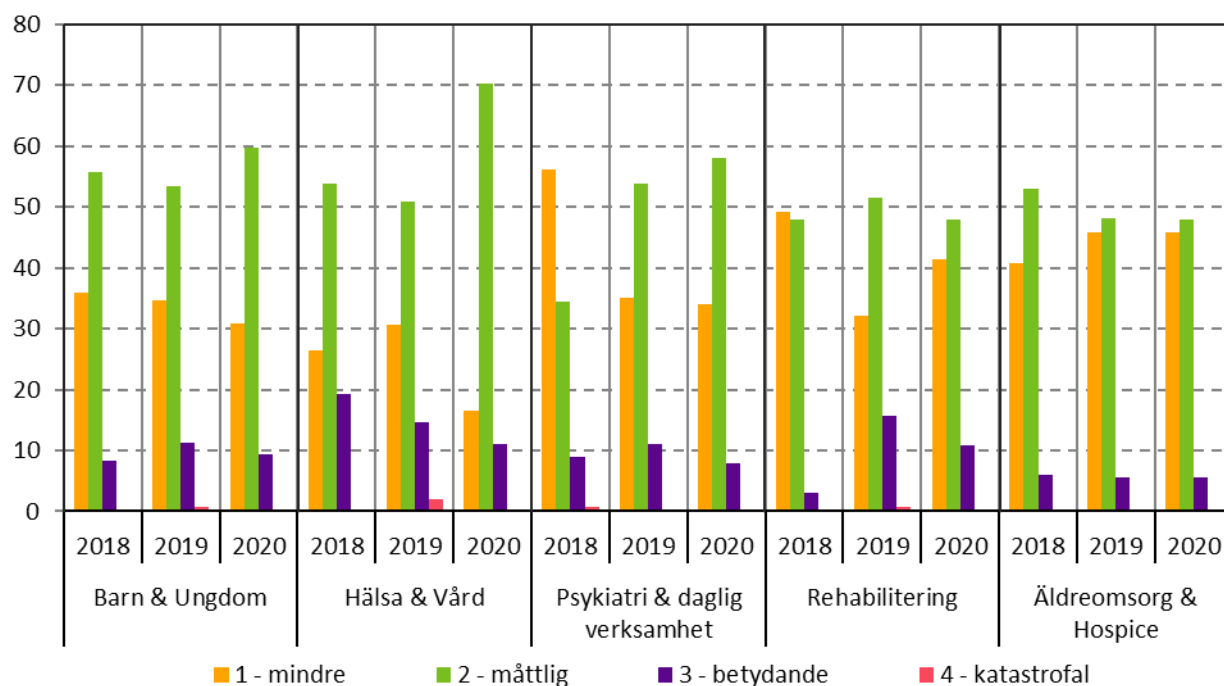
Under 2020 har alla driftområden minskat andelen allvarliga eller mycket allvarliga avvikelser (Fig. 6). Detta stämmer överens med en minskad andel lex Maria och lex Sarah utredningar och anmälningar. Det är väldigt positivt att verksamheterna generellt har avvikelser med liten allvarlighetsgrad och visar på att man är uppmärksam på små brister innan de leder till allvarliga konsekvenser. Det är extra positivt att verksamheterna har upprätthållit en generell låg allvarlighetsgrad trots den särskilda påfrestningen som coronapandemin har utgjort. Fortfarande kvarstår att alla driftområden har fler avvikelser med allvarlighetsgrad 2 än 1, vilket visar på att ytterligare förbättringar kan göras för att upptäcka och registrera avvikelser tidigt.

---

<sup>17</sup> SKL, 2015: [Riskanalys och händelseanalys](#). Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 98 s.

<sup>18</sup> SKL, 2011. [Modell för risk- och händelseanalys](#). Systematiskt förbättringsarbete inom Individ och Familjeomsorgen. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 86 s.

## Andel (%)

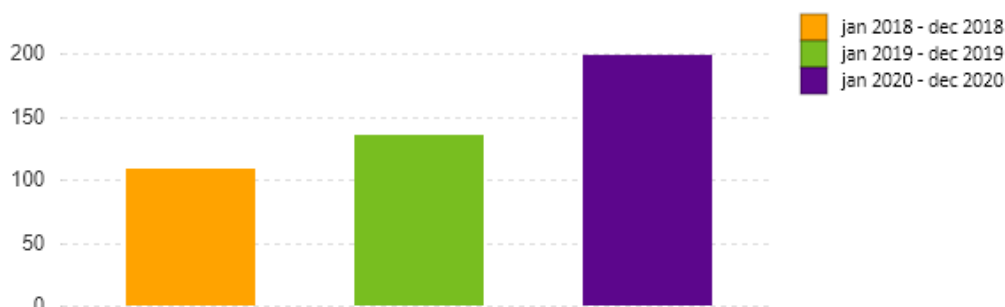


**Figur 6.** Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och driftområde inom Bräcke diakoni under 2018–2020. Data från DF Respons och Treserva.

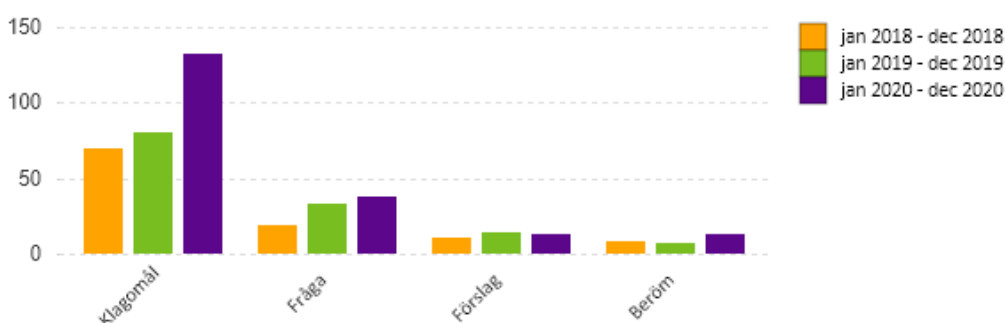
### 15.6.5 Synpunkter och klagomål

Arbetet med synpunkter och klagomål har varit ett område vi har fokuserat på under 2020. Vi ser att antalet registrerade synpunkter har ökat under de senaste 3 åren och omkring två tredjedelar av alla synpunkter avser klagomål (Fig. 7). Det har skett en fortsatt 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. Både frågor och beröm har ökat lite, vilket visar på en medvetenhet i verksamheterna att även rapportera in dessa synpunktstyper, men fortsatt hanteras beröm, förslag och frågor direkt i vissa verksamheter.

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



**Figur 7.** Antal registrerade synpunkter från patienter, brukare eller närstående samt typ av synpunkt för åren 2018 – 2020.

## 15.7 Patient/brukarupplevelse av våra insatser

Hur de vi finns till för upplever våra insatser är en väldigt viktig kvalitetsindikator. Upplevelsen av insatser mäts i olika nationella brukarundersökningar beroende på verksamhetsgrupp och presenteras som *andel positiva svar* i relevanta indikatorer. Vilka indikatorer som är relevanta skiljer sig alltså beroende på nationell undersökning och verksamhetsgrupp (Tabell 4).

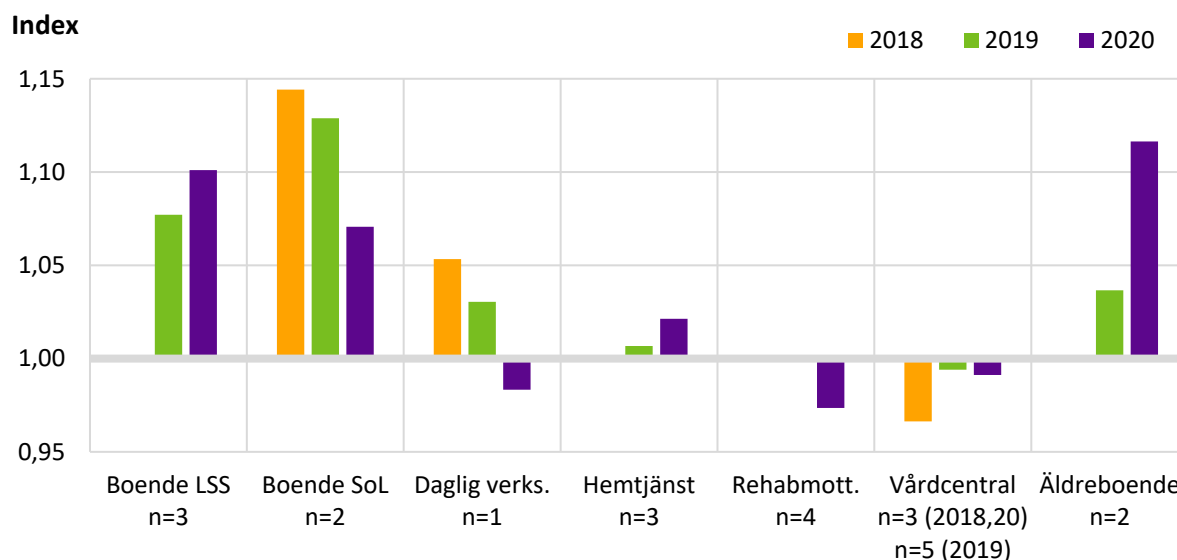
**Tabell 4.** Indikatorer från olika brukarundersökningar som används i beräkningen av ett index för den samlade patient/brukarupplevelsen.

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

För att kunna jämföra våra verksamheter med varandra har vi beräknat ett medelvärde av de relevanta indikatorerna för Bräcke diakonis olika verksamhetsgrupper. Varje medelvärde har delats med medelvärdet av samma indikatorer inom samma verksamhetsgrupp för hela Sverige. På det sättet får vi ett



index där vi kan jämföra olika verksamhetsgrupper och samtidigt har rikssnittet som referens. Ett 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.



**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.

I Figur 8 kan vi se att inom verksamhetsgrupperna LSS Boende, SoL Boende, Hemtjänst och Äldreboende så värderar de vi finns till för våra insatser högre jämfört med medelvärdet i hela Sverige, där speciellt äldreboendena har förbättrats markant i jämförelse mot riksgenomsnittet. Daglig verksamhet har minskat till lägre än medelvärdet medan vårdcentralerna ligger på ungefär samma nivå som förra året, efter en stadig utveckling av patientupplevelsen under åren innan. Rehabmottagningarna har inte haft nationella brukarundersökningar tidigare men ligger under 2020 också något under riksmedelvärdet.

## 15.8 Resultat efter driftområden

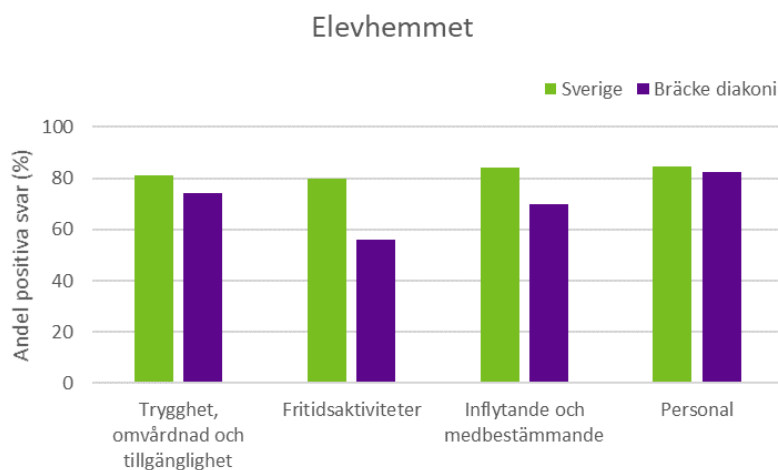
Tillgången till mätningar av kvalitet skiljer sig mellan driftområden. Inom Äldreomsorg och Hospice och Hälsa och Vård finns t.ex. ett flertal etablerade kvalitetsregister och andra nationella undersökningar som kan användas medan inom Barn och Ungdom är tillgången på nationella data sämre. Under 2020 har alla verksamhetsområden fortsatt med att få syn på sin kvalitet med hjälp av relevanta indikatorer. Vi har under året också fortsatt att utveckla en gemensam översikt i vår analysplattform Kvalitetsanalys.

### 15.8.1 Barn och Ungdom

#### 15.8.1.1 Riksgymnasiet

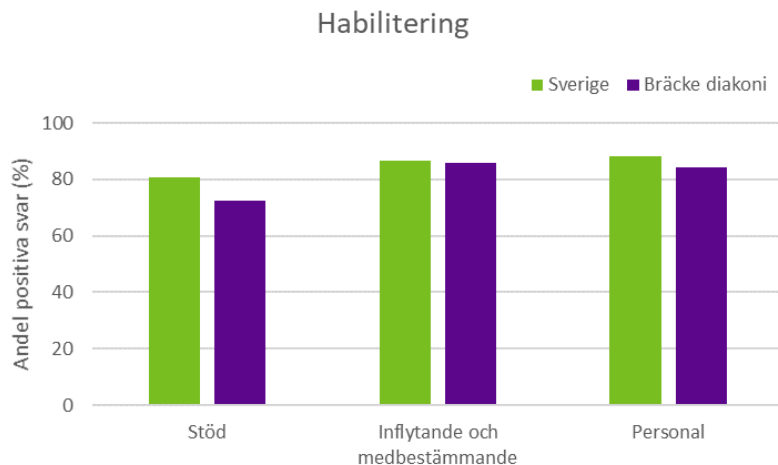
Inom Barn och Ungdom ingår Riksgymnasiets elevhem och habilitering, vars brukarundersökning genomförs på uppdrag av Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM). Resultaten från elevhemmet visar att elevernas uppfattning om personalens agerande ligger nära övriga tre riksgymnasier i Sverige,

medan lite sämre resultat återfinns inom området *Trygghet, omvårdnad och tillgänglighet* och klart sämre resultat för *Inflytande och medbestämmande* och *Fritidsaktiviteter* (Fig. 9A).



**Figur 9A.** Resultat från SPSMs brukarundersökning för 2020 för Riksgymnasiernas elevhem. Svarsfrekvens Bräcke diakoni 70%. Datakälla: SPSM

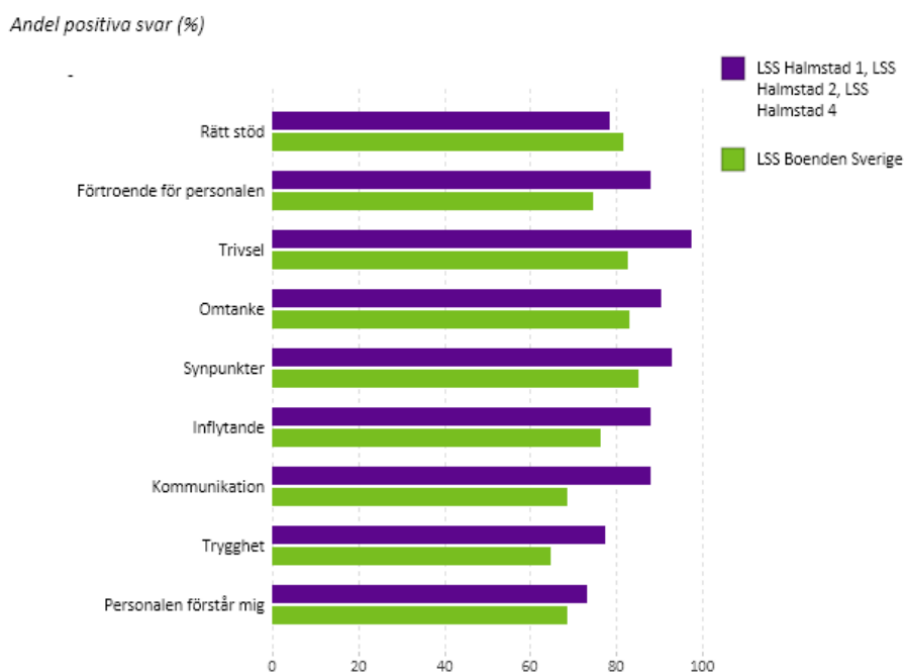
För habiliteringen vid Riksgymnasiet så anser eleverna att deras *Inflytande och medbestämmande* är lika bra som i övriga Sverige, medan resultatet för *Personal* och *Stöd* ligger lite lägre (Fig. 9B).



**Figur 9B.** Resultat från SPSMs brukarundersökning för 2020 för Riksgymnasiernas elevhem habilitering. Svarsfrekvens Bräcke diakoni 70%. Datakälla: SPSM

### 15.8.1.2 LSS Halmstad

De 16 verksamheter som ingår i LSS Halmstad är också del av driftområde Barn och Ungdom. LSS Halmstad 3 hade för få svarande 2020, men jämför man övriga verksamheter mot riskgenomsnittet så ligger Bräcke diakonis verksamheter över medel i alla områden utom *Rätt stöd* (Fig. 10).

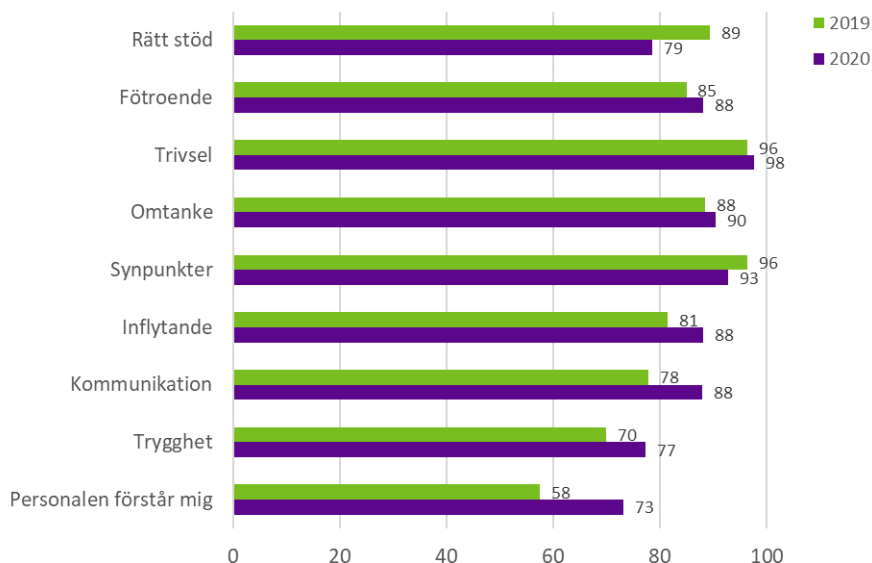


**Figur 10.** Resultat från SKR:s nationella brukarundersökning 2020, medelvärden för alla verksamhetsgrupper i Halmstad jämfört med medelvärdet för alla LSS Boenden i Sverige. Notera att LSS boende Halmstad 3 hade för få svar för att publiceras. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

Områdena *förtroende för personalen*, *trivsel*, *inflytande*, *trygghet* och *kommunikation* ligger minst 10% bättre än genomsnittet i Sverige. Bräcke diakoni började driva dessa verksamheter under 2019 och jämfört med 2019 har brukarna en bättre upplevelse av verksamheterna 2020 inom alla områden utom *Rätt stöd* och *Synpunkter* (Fig. 11).

#### Andel positiva svar (%)

Svarsfrekvens: 48% (2019) 71% (2020)



**Figur 11.** Resultat från SKR:s nationella brukarundersökning 2020 per verksamhetsgrupp. Notera att data saknades för LSS Halmstad 2 för 2019 och för LSS Halmstad 3 för 2020 på grund av för få svarande. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

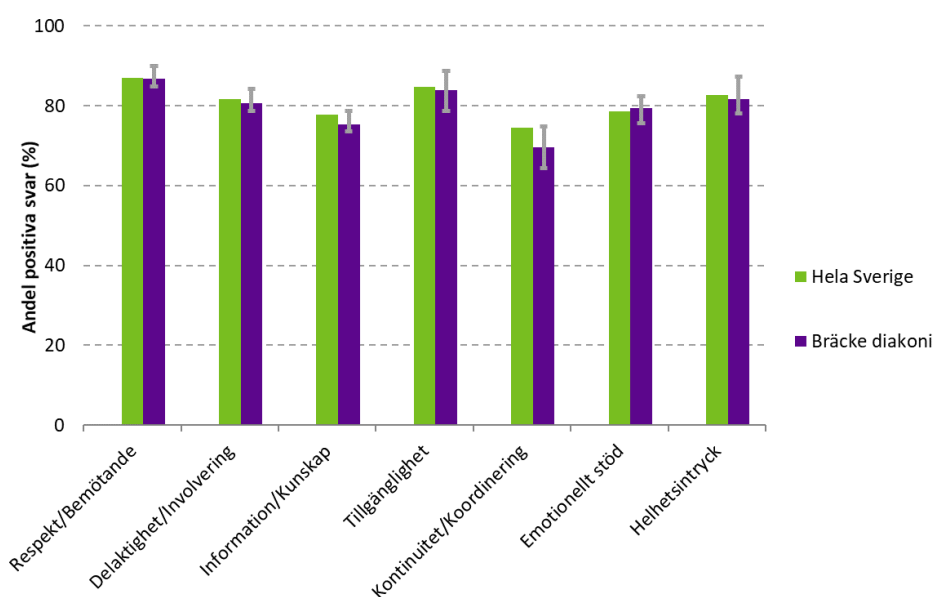
#### 15.8.2 Hälsa och Vård

SKR genomför en nationell undersökning om patienters upplevelser av vården på landets vårdcentraler<sup>19</sup>. 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. För vårdcentralerna i VGR besvaras undersökningen årligen, medan patienterna på vårdcentralerna i Region Jönköpings län besvarar enkäten vartannat år. För 2020 finns därför bara svar för vårdcentralerna inom VGR. I Figur 12 visas medelvärden och max/min-värden för Bräcke diakonis vårdcentraler i förhållande till medelvärdet för alla vårdcentraler i hela Sverige för 2020.

Bräcke diakonis vårdcentraler visar i medel ett lite lägre resultat än medelvärdet för hela landet i alla indikatorer utom för *Emotionellt stöd*. 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.

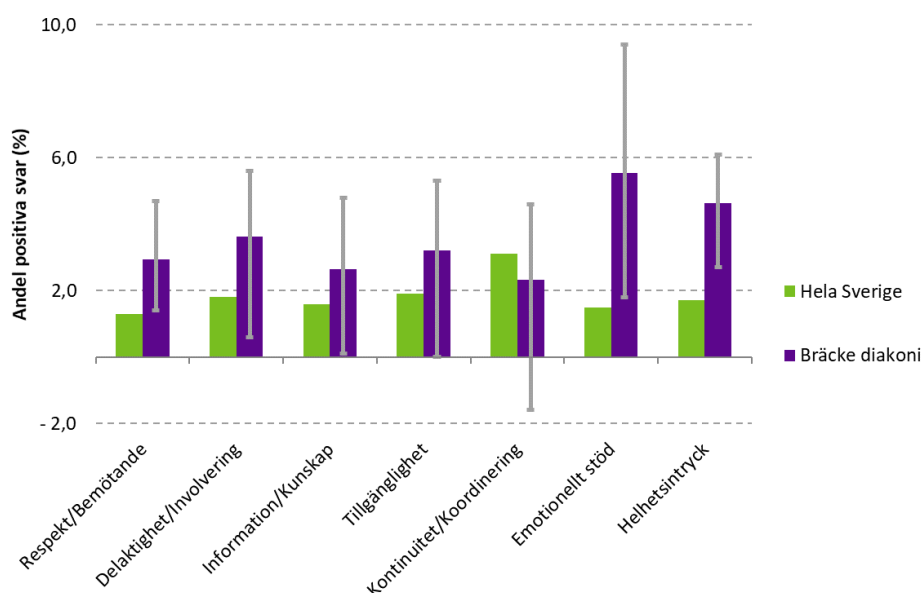
Ett annat kvalitetsmått är hur stor förbättring/försämring som har skett under året. Figur 13 visar förändringen i andelen positiva svar mellan de senaste två mätningarna (från 2019 till 2020) för Bräcke diakonis vårdcentraler i Västra Götaland och vårdcentralerna i hela Sverige. Felstaplar visar minsta och högsta värdet för Bräcke diakonis vårdcentraler.

<sup>19</sup> För mer information om den nationella patientenkäten, se [patientenkaten.se](https://patientenkaten.se)



**Figur 12.** Nationell patientenkät Primärvård 2020. 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 [patientenkaten.se](https://patientenkaten.se)

Här visar 6 av 7 indikatorer på förbättring där störst förbättring har skett för *Emotionellt stöd* och *Helhetsintryck*. *Emotionellt stöd* låg lågt 2019 och gavs extra fokus under 2020, vilket verkar ha gett resultat. Indikatorn *Kontinuitet/Koordinering* uppvisar en försämring, 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 2021, denna gång med speciellt fokus på *Kontinuitet/Koordinering*.



**Figur 13.** Nationell patientenkät Primärvård - förändring av medelvärden ('Andel positiva svar') mellan åren 2020 och 2019 för hela Sverige jämfört med Bräcke diakonis vårdcentraler. Data för Bräcke diakonis vårdcentraler i VGR. Felstaplar anger min- och max-värden för de enskilda verksamheterna för Bräcke diakoni. Positiva värden anger förbättringar och negativa värden visar försämringar. Data från [patientenkaten.se](https://patientenkaten.se)

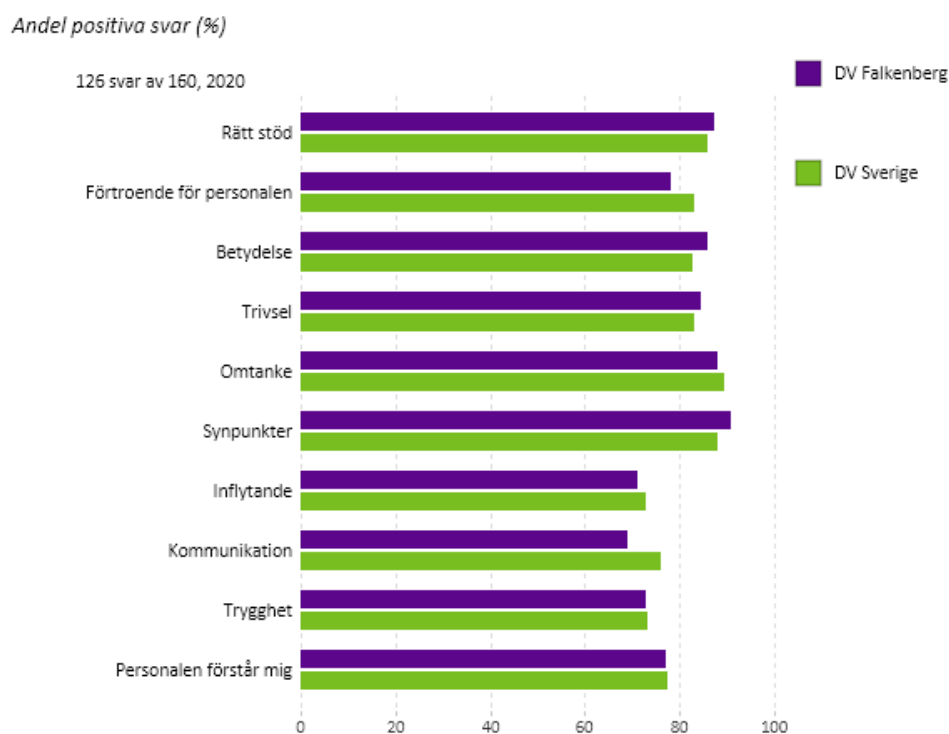
### 15.8.3 Psykiatri och Daglig verksamhet

Inom driftområdet Psykiatri och Daglig verksamhet använder flera verksamheter olika patientenkäter och synpunktslådor för att utvärdera sin verksamhet. Även brukar- och närstående råd 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<sup>20</sup>. Bräcke diakoni har deltagit med Daglig verksamhet Falkenberg via Falkenbergs kommun.

#### 15.8.3.1 Daglig verksamhet

I Figur 14 redovisas resultat för Bräcke diakonis dagliga verksamhet DV Falkenberg för 2020 i jämförelse med medelvärdet för alla dagliga verksamheter som har deltagit i undersökningen i Sverige under 2020. Figur 15 visar resultatet för DV Falkenberg under åren 2018–2020.



**Figur 14.** Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet 2020. Jämförelse av Bräcke diakoni DV Falkenberg med medelvärdet för alla dagliga verksamheter i Sverige. Datakälla: [kolada.se](https://skr.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/brukarundersokningfunktionshinder.11638.html)

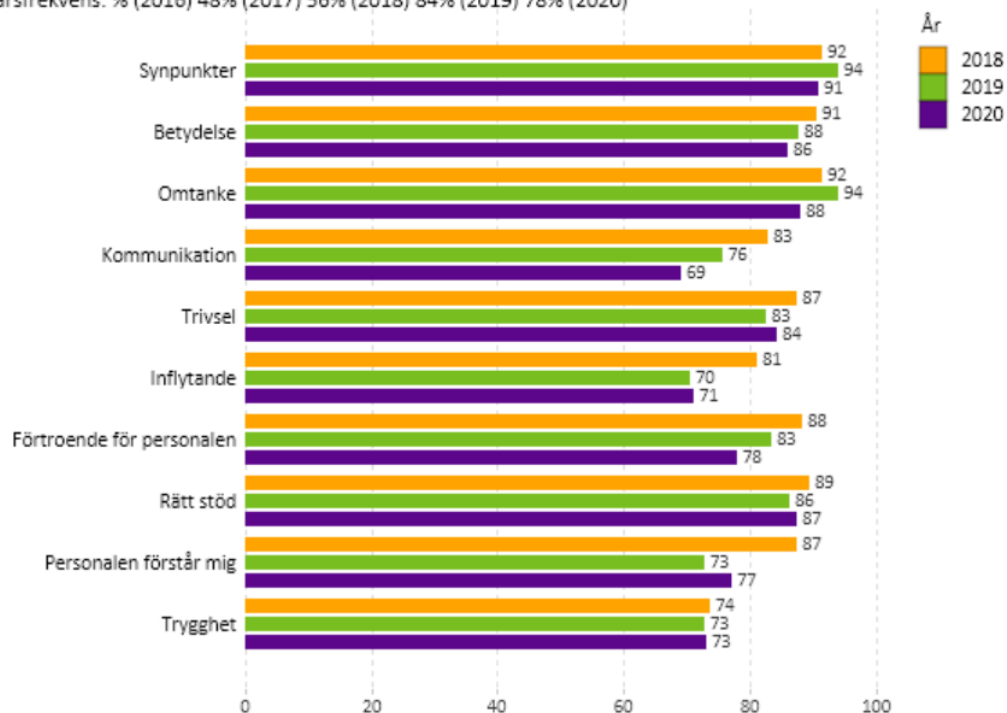
Resultatet visar att Bräcke diakonis verksamhet DV Falkenberg ligger något högre än riksmedelvärdet när det kommer till områdena *Rätt stöd*, *Betydelse*, *Trivsel* och *Synpunkter* (Fig. 14). *Kommunikation*, *Inflytande* och *Förtroende för personalen* ligger tydligt lägre än riksgenomsnittet. *Kommunikation* och *Förtroende för personalen* har också sjunkit markant sedan 2018 (Fig. 15). *Inflytande* är dock på samma nivå som 2019, där verkar istället övriga verksamheter i Sverige ha förbättrats i snitt. Sett över tid så

<sup>20</sup> <https://skr.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/brukarundersokningfunktionshinder.11638.html>

ligger många områden stabilt jämfört med 2019, där vissa har förbättrats (t.ex. *Personalen förstår mig*) medan andra har försämrats (*Betydelse*).

*Andel positiva svar (%)*

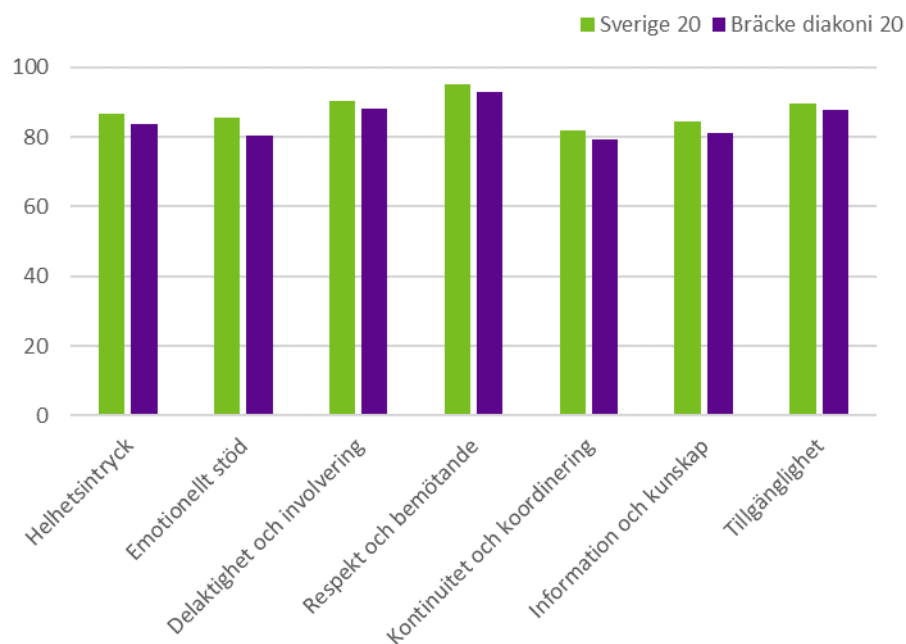
Svarsfrekvens: % (2016) 48% (2017) 56% (2018) 84% (2019) 78% (2020)



**Figur 15.** Nationell brukarundersökning Daglig verksamhet Falkenberg 2018–20. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

#### 15.8.4 Rehabilitering

Inom verksamhetsområdet Rehab & Funktionshinder använder flera verksamheter olika patientenkäter och synpunktslådor för att utvärdera sin verksamhet. Även brukar- och närståenderåd är utbredda arbetssätt. 2020 har en nationell patientenkät för första gången genomförts för primärvårdsrehabilitering. Undersökningen följer upplägget för vårdcentralerna. Tittar vi på Figur 16 ser vi att alla indikatorer ligger högt (ca 80-95% av patienterna är nöjda) men att Bräcke diakonis rehabilitering ligger lite lägre än riksgenomsnittet i alla indikatorer.



Figur 16. Nationell brukarundersökning för rehabilitering, besvarad av patienter på Primärvårdsrehab Alingsås, Primärvårdsrehab Mölndal/Lindome och Primärvårdsrehab Falköping och Primärvårdsrehab Skara.

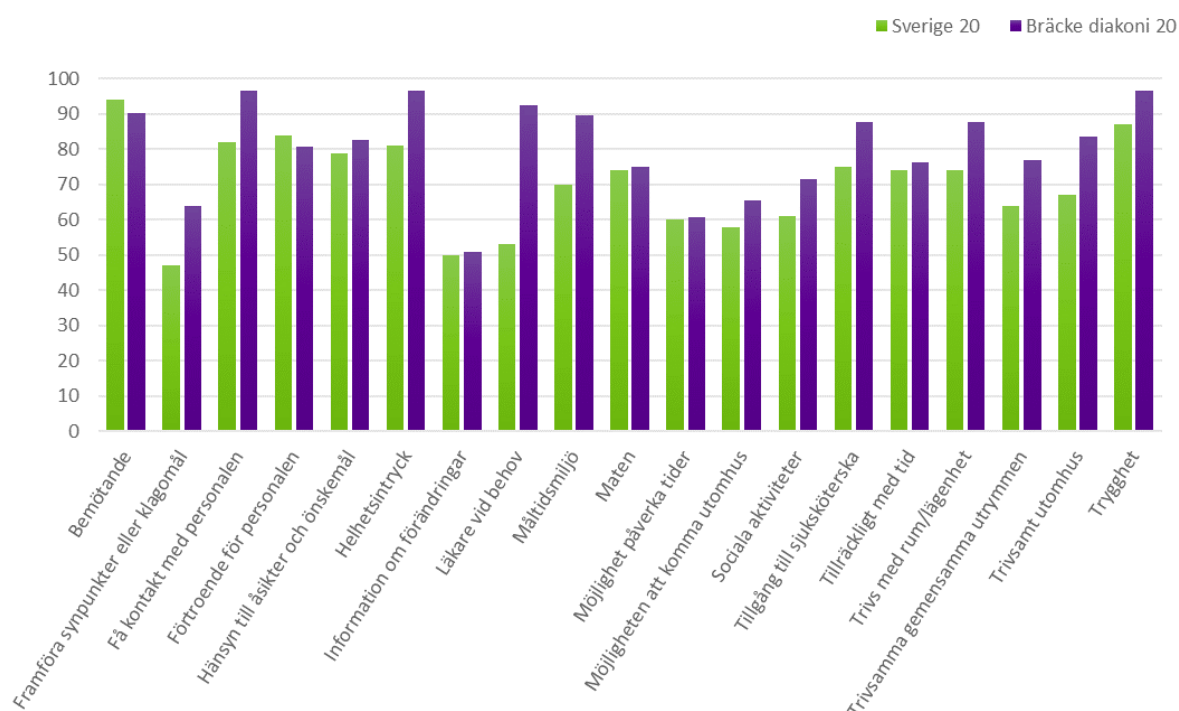
Datakälla: [patientenkät.se](https://patientenkät.se)



### 15.8.5 Äldreomsorg och Hospice

Socialstyrelsen genomför varje år en kommun- och enhetsundersökning samt undersöker vad de äldre tycker om äldreomsorgen<sup>21</sup>. 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 medelvärden endast för de verksamheterna som vi bedrev under 2020 och där det finns tillräckligt med inrapporterade data för respektive verksamhet.

#### 15.8.5.1 Särskilda boenden

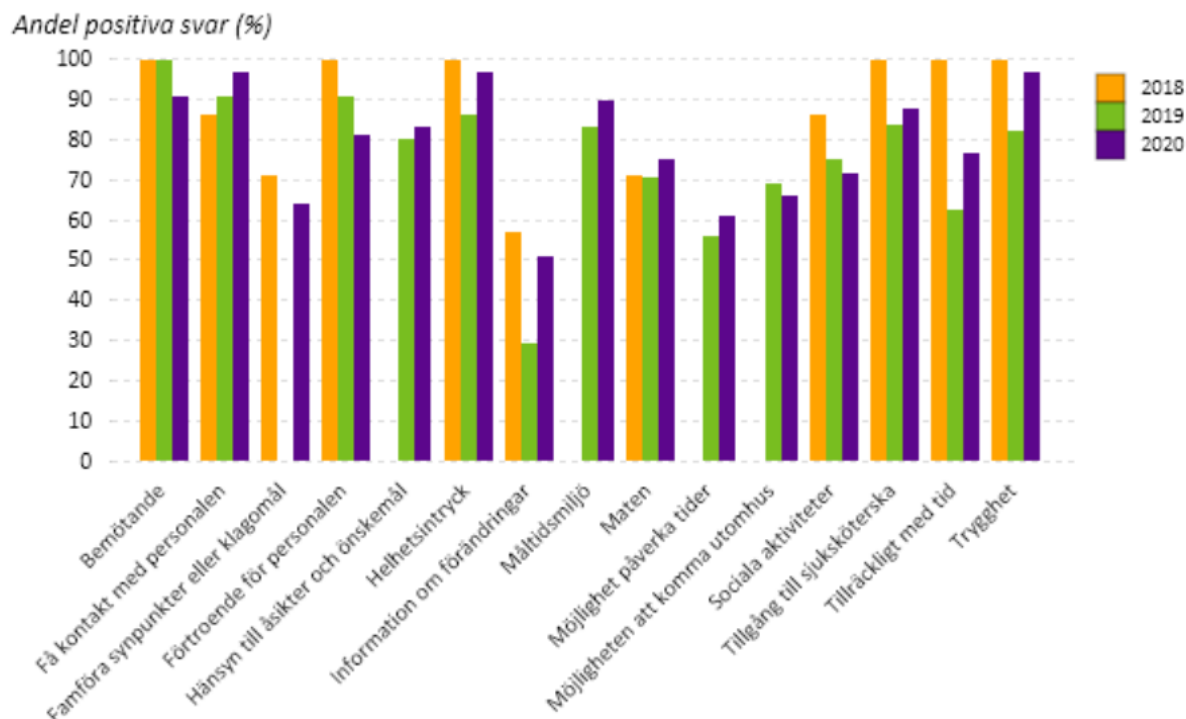


**Figur 17.** Bräcke diakonis verksamheternas resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom särskilda boende för äldre 2020 samt jämförelser med medelvärdet för alla verksamheter i riket. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Ginstgården, Hornstull och Reimersholme. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

I Figur 17 jämför vi våra resultat för de verksamheter vi har drivit under 2020 med medelvärdet i alla särskilda boenden för äldre i Sverige 2020. Bräcke diakonis resultat ligger över medelvärdet för Sverige i 17 av 19 indikatorer (Fig. 15). I de flesta fallen är skillnaden flera procentenheter och hela 40% fler av Bräcke diakonis boende anser att de har tillgång till *Läkare vid behov* jämfört med riksgenomsnittet. Två indikatorer är något sämre än riksgenomsnittet (*Bemötande* och *förtroende för personalen*) medan *Information om förändringar* och *Möjlighet att påverka tider* är i nivå med hela Sveriges resultat.

<sup>21</sup> Läs mer på [Socialstyrelsens undersökningar av äldreomsorg](https://socialstyrelsen.se/undersokningar-av-aldreomsorg)

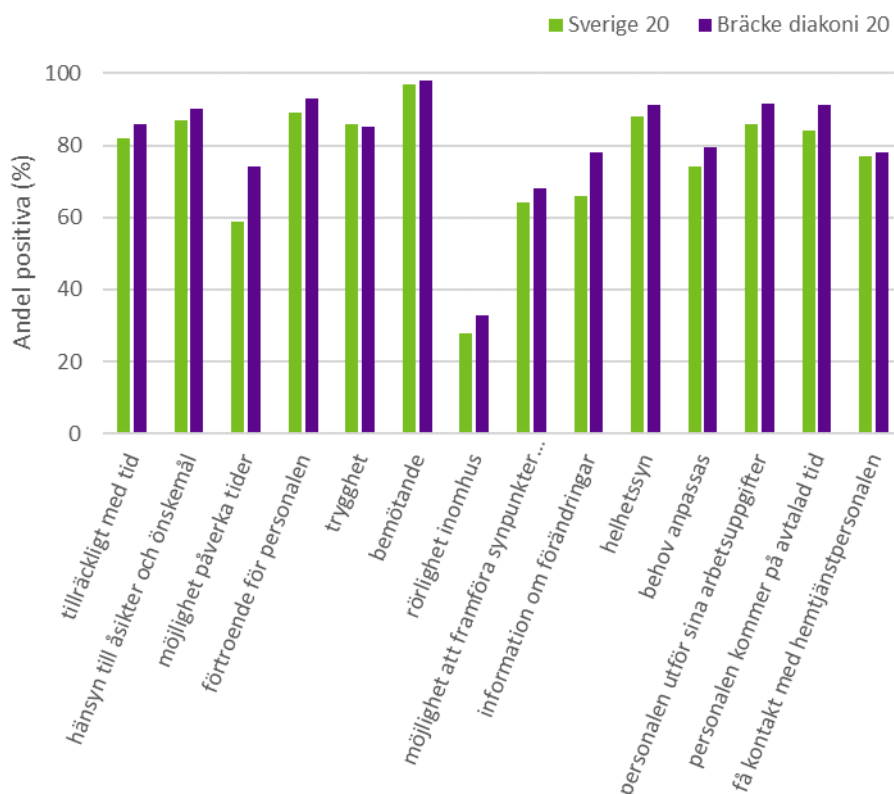
Figur 18 visar utvecklingen inom Bräcke diakonis verksamheter över tid. De indikatorer som har förbättrats över åren är *Få kontakt med personalen*, *Hänsyn till åsikter och önskemål*, *Möjlighet att påverka tider* och *Måltidsmiljö*, medan många av de andra indikatorerna låg högt 2018, hade en nedgång under 2019 men är igen högre under 2020 (Fig. 18). *Bemötande*, *Förtroende för personalen*, *Möjligheten att komma utomhus* och *Sociala aktiviteter* har alla minskat under tre år och behöver undersökas närmare. Minskningen i möjligheten att komma utomhus och sociala aktiviteter härrör antagligen till restriktioner under coronapandemin, där t.ex. vissa utflykter och sammankomster har fått väljas bort på grund av smittorisk.



**Figur 18.** Bräcke diakonis verksamheters resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom särskilda boenden för äldre 2018, 2019 och 2020. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Ginstgården, Hornstull och Reimersholme. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

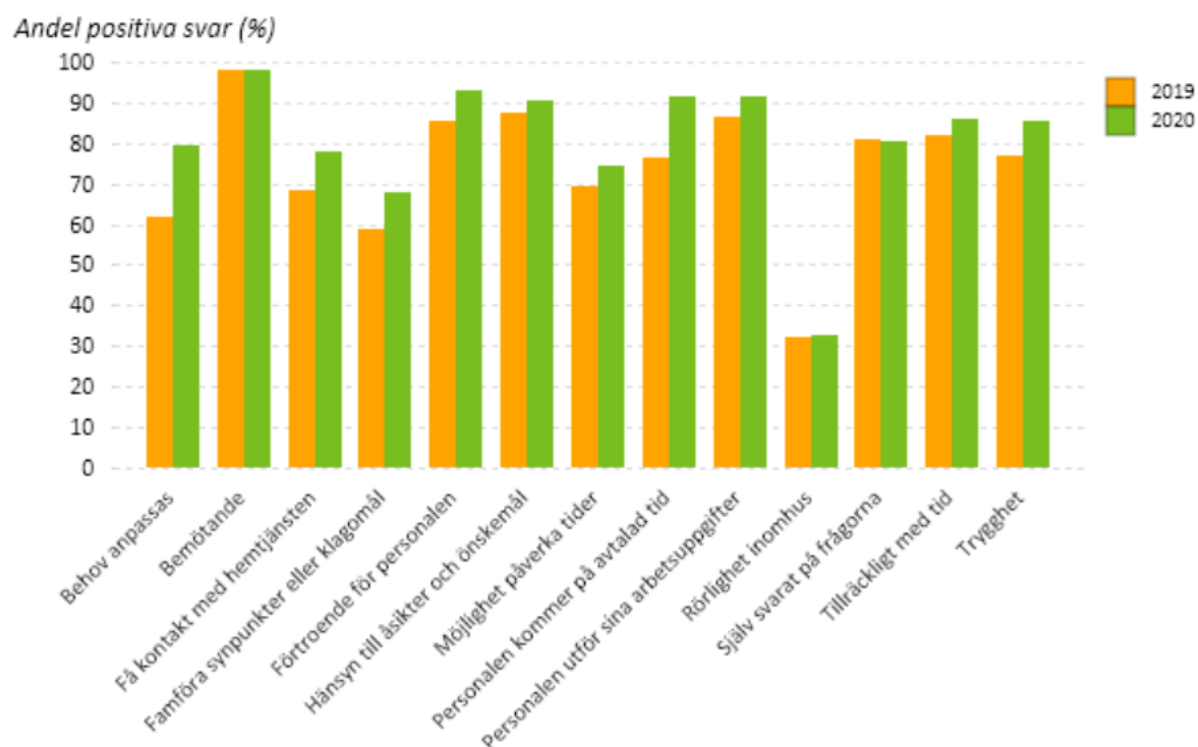
### 15.8.5.2 Hemtjänst

I Figur 19 jämför vi våra resultat för de verksamheter vi har drivit under 2020 med medelvärdet i alla hemtjänstverksamheter i Sverige 2020. Vi har högre resultat än riksgenomsnittet i alla indikatorer utom *Trygghet* som ligger lite lägre. Störst skillnad mot riksgenomsnittet har vi för *Möjlighet att påverka tider* och *Information om förändringar*, där Bräcke diakonis hemtjänstbrukare är markant nöjdare med sin hemtjänst än brukarna generellt i Sverige.



Figur 19. Bräcke diakonis verksamheters resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom hemtjänst 2020 samt jämförelser med medelvärdet för alla verksamheter i riket. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Hemtjänst Alingsås, hemtjänst Göteborg och Hemtjänst Linköping. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

Tittar vi på figur 20, så ser vi att *bemötandet* har varit väldigt bra båda åren, medan övriga indikatorer har förbättrats sedan 2019. Tydligast förbättring har skett genom att *Behoven anpassas* bättre, och att *Personalen kommer på utsatt tid*. Även om vi ligger något lägre än riksgenomsnittet för indikatorn *Trygghet* så ser vi att den har förbättrats sedan 2019.



**Figur 20.** Bräcke diakonis verksamhetens resultat i Socialstyrelsens nationella undersökningar inom hemtjänst 2019 och 2020. Data från Nationella brukarundersökningen och Kommun- och enhetsundersökningen för följande enheter: Hemtjänst Alingsås, hemtjänst Göteborg och Hemtjänst Linköping. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

## 16 Strategier och handlingsplan för det kommande året

### 16.1 Stiftelseövergripande handlingsplan:

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2021 att fokusera på följande områden:

| Fokusområde                                             | Mål                                                                                                                 | Mätvärde                                                                                                                                                                                                                    | Aktivitet                                                                                                                                                                           | Ansvar                                        |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Diakoni i praktiken                                     | Utveckla stöd för samskapande.                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Grundläggande kunskapsstöd inom samskapande ska finnas tillgänglig för alla verksamheter.</li> </ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utforma utbildning kring samskapande</li> <li>samt stöd för arbetet med brukar-/patientråd.</li> </ul>                                       | Kvalitetsavdelning                            |
| Diakoni i praktiken                                     | Integrera ledningssystemet med intranätet och öka användarkunskapen                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>100% av verksamheterna ska ha tillgång till "nya" ledningssystemet.</li> <li>Webinarier ska ha erbjudits till alla chefer/medarbetare och finnas tillgängligt på Insidan.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Flytta ledningssystemet till ny plattform</li> <li>Genomföra webinarier kring användning av nya ledningssystemet.</li> </ul>                 | Kvalitetsavdelning<br>IT-avdelning            |
| Stolta och engagerade medarbetare<br>Tillit och lärande | Synliggöra förbättringar i intranätet                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Befintliga förbättringar ska ha förts över.</li> <li>Struktur ska finnas för att förbättringar ska kunna presenteras.</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bygga upp en förbättringslogg och nyhetsida kring förbättringar</li> </ul>                                                                   | Kvalitetsavdelning<br>Kommunikationsavdelning |
| Tillit och lärande                                      | Utveckla arbetssätt för strukturerad verksamhetsuppföljning och egenkontroll inom de fyra fokusområdena             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tagit fram och förankrat arbetssätt för verksamhetsuppföljning och egenkontroll</li> </ul>                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Samverka med driftledningen kring uppföljning av nyckeltal</li> <li>Synliggöra nyckeltal för fokusområden</li> </ul>                         | Kvalitetsavdelning<br>Driftledning            |
| Tillit och lärande                                      | Utveckla Förbättringskraft som plattform för kompetensutveckling och stöd till det systematiska förbättringsarbetet | <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finns ett sammanhängande koncept för vårt förbättringsarbete</li> </ul>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konceptualisera innehållet i FBK/ROS i gemensam plattform</li> </ul>                                                                         | Kvalitetsavdelning<br>Driftledning            |
| Tillit och lärande                                      | Förstärkt arbete med basal hygien                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>2 hygienronder med minst 5 observationer per verksamhet</li> <li>Alla verksamheter har utsedda hygienombud</li> </ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa mätinfrastruktur för hygienronder och koppla dessa till Qlikview.</li> <li>Formalisera hygienombud och starta hygiennätverk</li> </ul> | Kvalitetsavdelning<br>Driftledning            |

## 16.2 Verksamhetsspecifika handlingsplaner

### 16.2.1 Barn och unga, LSS Boenden

| Fokusområde                       | Mål                                                                                          | Mätvärde                                                                                                   | Aktivitet                                                                                                                                                                                     | Ansvar                                   |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Diakoni i praktiken               | IBIC skall vara ett implementerat arbets sätt i samtliga LSS verksamheter                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal genomförandeplaner som är upprättade enligt IBIC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemensamt arbeta med utveckling av dokumentationsombudens roll.</li> <li>• Upprätta och uppdatera samtliga genomförandeplaner enligt IBIC</li> </ul> | Verksamhets- och driftområdeschef        |
| Stolta och engagerade medarbetare | Klarlagt kompetensbehov i alla verksamheter                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal verksamheter som har kompetensutvecklingsplaner</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Göra en kompetenskartläggning i de verksamheter som saknar detta och utifrån det ta fram kompetensutvecklingsplaner.</li> </ul>                      | Verksamhetschef och HR                   |
| Stolta och engagerade medarbetare | Minska sjukskrivningar och personalomsättning                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Följa sjuktal och personalomsättning</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Följa arbetet med Hälsofrämjande arbetsplats</li> </ul>                                                                                              | Verksamhets- och driftområdeschef och HR |
| Tillit och lärande                | Bräcke diakoni har ett tydligt LSS koncept                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finns tydligt koncept?</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En arbetsgrupp är sammansatt och startar i mars 2021.</li> </ul>                                                                                     | Driftområdeschef                         |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Införa nya scheman enligt nytt arbetsgivaravtal och hålla budget gällande personalkostnader. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förändrade personalkostnader vid omläggning av scheman</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbetsgrupp kring scheman sammansatt och startar i mars 2021.</li> </ul>                                                                             | Driftområdeschef och HR                  |

### 16.2.2 Hälsa och Vård

| Fokusområde                       | Mål                                                                                         | Mätvärde                                                                                                 | Aktivitet                                                                                                                                                           | Ansvar                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Diakoni i praktiken               | Ökad tillgänglighet genom införande av digitalt system för kommunikation med våra patienter | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal kontakter via det nya systemet</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Införande och utbildning av personal på respektive vårdcentral</li> <li>• Utforma och anpassa lokala arbetssätt</li> </ul> | Driftområdeschef och verksamhetschefer      |
| Stolta och engagerade medarbetare | Program för intern kompetensutveckling                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomförda utbildningstillfällen</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planera innehåll och genomförande</li> </ul>                                                                               | Driftområdeschef och verksamhetschefer      |
| Tillit och lärande                | Infört patientråd                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal verksamheter som aktivt arbetar med patientråd</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planera upplägg</li> <li>• Bjuda in patientföreträdare</li> </ul>                                                          | Driftområdeschef och verksamhetschefer      |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Ökad kännedom våra vårdcentraler och vad vi kan erbjuda                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listning</li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta fram kommunikationsplan</li> </ul>                                                                                      | Verksamhetschef och kommunikationsavdelning |

### 16.2.3 Psykiatri och Daglig verksamhet

| Fokusområde         | Mål                                                                                                       | Mätvärde                                                                                                                    | Aktivitet                                                                                                                                                                                                 | Ansvar                            |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Diakoni i praktiken | Förbättrad kommunikation, ökad delaktighet och samspel                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Följs upp med fortsatta mätningar utifrån befintliga mått.</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tillämpning av resultat och de erfarenheter som gjorts i förbättringsarbeten 2020</li> </ul>                                                                       | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Diakoni i praktiken | Utarbeta och förankra bemötandepolicy för bättre samverkan med anhöriga på Mellangården                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bemötandepolicy finns i verksamheten och den är känd av alla medarbetare.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsatt arbete i projektgrupp och i samarbete med projekt Trialog.</li> </ul>                                                                                     | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Diakoni i praktiken | Möjliggöra möten och studiebesök trots rådande pandemi                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rutin för digitala möten finns och den är känd av alla medarbetare.</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utöka befintlig rutin till att även omfatta digitala studiebesök.</li> <li>Tillämpa digitala möten vid behov.</li> <li>Erbjuda möten utomhus vid behov.</li> </ul> | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Tillit och lärande  | Dokumentation enligt IBIC- fortsatt implementering i Dagliga verksamheterna och införande på Mellangården | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alla verksamheter dokumenterar enligt IBIC</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utbildningsinsatser och uppföljning i genomförandeplaner</li> </ul>                                                                                                | Verksamhets- och driftområdeschef |

### 16.2.4 Rehabilitering

| Fokusområde                       | Mål                                                                  | Mätvärde                                                                                                                            | Aktivitet                                                                                                                                                                                    | Ansvar                               |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Diakoni i praktiken               | Öka antal uppdrag och kunder                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal uppdrag och/eller kunder</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paketera och synliggöra mervärdet i tjänsterna vi levererar och att vi är idéburen verksamhet</li> </ul>                                            | Driftområdeschef + LG Rehabilitering |
| Stolta och engagerade medarbetare | Vi ska ses som en attraktiv arbetsgivare                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal lyckade rekryteringar, dvs att tjänsterna som har utlysts blir tillsatta.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analysera våra platssannonsers resultat.</li> <li>• Annonsera mer på använda sociala medier.</li> <li>• Delta på Yrkesmässor.</li> </ul>            | Driftområdeschef + LG Rehabilitering |
| Tillit och lärande                | Medarbetarna ska känna en hög grad av motivation att gå till jobbet. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat från medarbetarenkäten.</li> </ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skapa förutsättningar för delaktighet i verksamhetens utveckling.</li> </ul>                                                                        | Driftområdeschef + LG Rehabilitering |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Ekonomi i balans                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomiskt resultat enligt budget</li> </ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelbunden uppföljning och analys av det ekonomiska resultatet.</li> <li>• Ekonomi-kommentarer på verksamhetsnivå och driftområdesnivå.</li> </ul> | Driftområdeschef + LG Rehabilitering |

### 16.2.5 Äldreomsorg och Hospice

| Fokusområde                       | Mål                                                           | Mätvärde                                                                                                                 | Aktivitet                                                                                                                                               | Ansvar                            |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Diakoni i praktiken               | Alla ordinarie medarbetare skriver avvikelser i DF respons    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alla ordinarie medarbetare har skrivit minst en avvikelse under 2021</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning i samband med introduktion</li> <li>• Månadsvisa uppföljning</li> </ul>                             | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Stolta och engagerade medarbetare | Alla ordinarie medarbetare ska känna till årets kompetensplan | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% av ordinarie medarbetare ska ha genomgått utbildning</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation vid varje genomförd utbildning</li> </ul>                                                        | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Tillit och lärande                | Godkänd dokumentation                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% godkända genomförandeplaner</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning genomförs kontinuerligt under året</li> <li>• Uppföljning kvartalsvis av dokumentationen</li> </ul> | Verksamhets- och driftområdeschef |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Alla verksamheternas inköp sker via inköpsportalen            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% av inköpen sker via Inköpsportalen</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Månadsvis uppföljning</li> </ul>                                                                               | Verksamhets- och driftområdeschef |





