



Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse

2021



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021

för

Stiftelsen Bräcke diakoni  
Bräcke diakoni Stockholm AB

Upprättad av

Sara Dahlin, verksamhetsutvecklare  
Charlotte Forsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Marie Bertilsson, socialt ansvarig samordnare  
Thomas Schneider, utvecklingschef

© Bräcke diakoni - februari 2022



## Innehåll

1	Sammanfattning .....	7
2	Inledning .....	8
3	Organisation och ansvar .....	9
3.1	Ledningssystemet.....	10
3.2	Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse .....	10
4	Strategier och handlingsplan .....	12
4.1	Stiftelseövergripande handlingsplan .....	12
4.2	Driftområdesspecifika handlingsplaner .....	13
5	Systematiskt förbättringsarbete .....	15
6	Risکانالyser .....	16
6.1	Risکانالyser på organisationsnivå .....	16
6.2	Riskbedömningar på individnivå .....	16
7	Egenkontroll.....	17
7.1	Kvalitetsdialog som internrevision.....	17
7.2	Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview .....	17
7.3	Externa revisioner och granskningar.....	18
7.4	Övriga datakällor .....	18
8	Avvikelsehantering .....	19
8.1	Avvikelser .....	19
8.2	Klagomål och synpunkter .....	20
9	Medarbetarnas delaktighet.....	21
10	Samverkan och omvärldsbevakning .....	22
10.1	Samskapande med brukare/patienter och närstående .....	22
10.2	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare .....	22
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer .....	22
10.4	Forskning.....	23
11	Idéburna innovationer .....	25
12	Kvalitetsarbete under coronapandemin .....	26
13	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete .....	28
14	Miljöarbete .....	29
15	Informationssäkerhet .....	31
16	Resultat.....	32
16.1	Uppföljning av handlingsplan för 2021 .....	32
16.2	Driftsområdesspecifika insatser .....	33
16.3	Systematiskt förbättringsarbete .....	37
16.4	Kvalitetsdialog .....	38
16.5	Avvikelser .....	39
16.6	Patient/brukarupplevelse av våra insatser .....	45
16.7	Idéburna innovationer .....	46
17	Strategier och handlingsplan för det kommande året .....	47
17.1	Stiftelseövergripande handlingsplan .....	47
17.2	Driftområdesspecifika handlingsplaner .....	48



## 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 samskapande med individen i centrum. Medarbetare och chefer har en samsyn, lär av varandra och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation.

År 2021 präglades av coronapandemin men innehöll även kvalitetsförbättringar, om än något förse-  
nade. Utifrån vår nya driftorganisation, som sattes 2020, har vi utvecklat vår interna samverkan för att främja lärande och effektivitet inom hela organisationen, med starkare kopplingar mellan drift, innovationsprojekt och stödfunktioner. Ledningssystemet återfinns nu i samma plattform som intranätet och vi har en ökad transparens i våra kvalitetsmål och strategier inom stiftelsens olika nivåer. Vi har numera också ett väl fungerande arbetssätt kring egenkontroll av basal hygien, där resultaten publiceras kontinuerligt i vårt BI-system Kvalitetsanalys.

Vissa mål har vi inte hunnit hela vägen med så under 2022 kommer vi att fortsätta integrera våra strukturer gällande förbättringsarbete, synliggöra förbättringar i ledningssystemet, vidareutveckla stöd för samskapande och ta fram ytterligare strukturer för egenkontroll i verksamheterna.

Vi planerar också under 2022 att förstärka arbetet med basal hygien genom att inrätta hygienombud i alla verksamheter, att uppdatera strukturen i Kvalitetsanalys och att effektivisera samverkan mellan stödfunktioner och driften.

## 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 där 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 på uppdrag av fem regioner (Västra Götalandsregionen, Region Stockholm, Region Östergötland, Region Kronoberg, Region Jönköping) och ett 30-tal kommuner (Göteborg, Ale, Alingsås, Härryda, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Mölndal, Partille, Stenungssund, Tjörn, Orust, Öckerö, Uddevalla, Lilla Edet, Halmstad, Falkenberg, Mullsjö, Nässjö, Vaggeryd, Jönköping, Nässjö, Linköping, Stockholm, Salem, Tyresö, Nacka, Uppsala och Vallentuna, Täby).

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 kommuner 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 patientsäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut.

Året 2021 präglades av den pågående coronapandemin. Omorganisationen av våra vård- och omsorgsverksamheter, som påbörjades i januari 2020 och där vi samlade alla verksamheter under en driftchef, har på grund av pandemin dragit ut på tiden och även fortsatt under 2021. Vi har utvecklat vår interna samverkan för att främja lärande och effektivitet inom hela organisationen; vi har utvecklat våra innovationsprojekt, vidareutvecklat samverkan mellan de olika stödfunktionerna och mellan stödfunktioner och driften. Vi har startat upp arbetsgrupper för att säkra en gemensam struktur och förståelse kring våra arbetssätt och har även börjat integrera våra delvis parallella strukturer kring systematiskt förbättringsarbete, *Förbättringskraft* och *ROS* (resultatorienterad styrning).

---

<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 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman och vårdgivare. 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. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn & Unga LSS-boende, Psykiatri & Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa & Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: LSS, HSL, Skollagen och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av direktor som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god kvalitet och 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) som också är organisationens kvalitetsstrateg, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud och verksamhetsutvecklare. 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.

För att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen har ett patient- och brukarsäkerhetsråd bildats under 2021. Rådet består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådet träffas 6 gånger under året. Under mötena går gruppen igenom pågående utredningar av allvarliga händelser samt följer upp svar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Omvärldsbevakning inom patient- och brukarsäkerhetsområdet tas också upp på varje möte. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef.

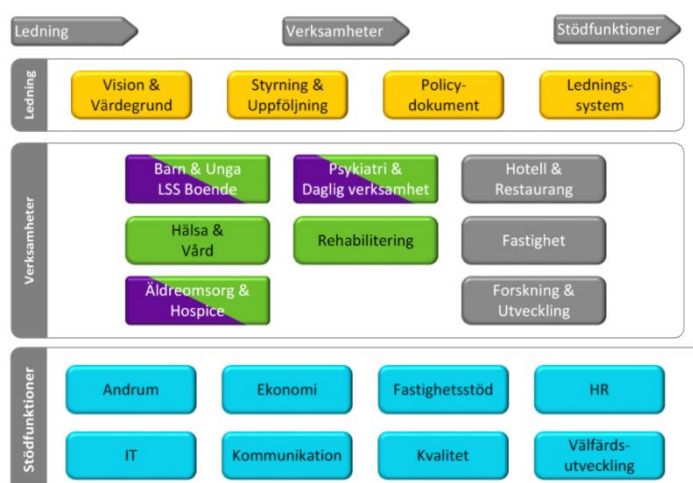
I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling.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

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

### 3.1 Ledningssystemet

I ledningssystemet beskrivs verksamheternas processer. Styrdokument och policyer utgör grunden för ledningssystemet och säkerställer att vårt uppdrag utförs på ett sådant sätt att överenskommen omfattning och kvalitet uppnås och upprätthålls. Utifrån de övergripande styrdokumenterna utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksamhets behov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.

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 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. Under 2021 har ledningssystemet uppgraderats och integrerats i det befintliga intranätet vilket ytterligare underlättar användningen för alla medarbetare.



Figur 1. Startside för Bräcke diakonis processorienterade ledningssystem.

### 3.2 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt under 2021. 27 verksamheter har skrivit sina egna berättelser medan tre verksamheter (förskolan Steget/Spåret, elevhemmet Riksgymnasiet och habiliteringen Riksgymnasiet) kommer att skriva sina berättelser under våren eftersom de arbetar utefter skolans läsår. Kvalitetsavdelningen har bidragit med att ta fram mallar genom att utveckla webbverktyget och sammanställa kvalitetsdata, liksom stötta vid analys. Med utgångspunkt i dessa data har sedan alla verksamhetschefer, ofta tillsammans med kvalitetsombuden, analyserat sina resultat och tagit fram strategier för utvecklingsarbetet för 2022.

De enskilda verksamheternas berättelser används i kontakt med beställare och andra externa intressenter. Berättelserna följs upp under årets kvalitetsdialog (se kap 7.1) 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.

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

## 4 Strategier och handlingsplan

Med utgångspunkt i 2020 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och våra fyra fokusområden fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2021 på följande aktiviteter. Resultaten följs upp i kap 16.1 och 16.2 och de mål och strategier som är satta för 2022 presenteras i kap 17.

### 4.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
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>
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>
Stolta och engagerade medarbetare 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 nyhets sida kring förbättringar</li> </ul>
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>
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>
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>

## 4.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner

### 4.2.1 Barn & Unga, LSS-boende

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	IBIC skall vara ett implementerat arbetssätt 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>
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 detta fram kompetensutvecklingsplaner.</li> </ul>
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 Hälsöfrämjande arbetsplats</li> </ul>
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>
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>

### 4.2.2 Hälsa & Vård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
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>
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>
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>
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>

### 4.2.3 Psykiatri & Daglig verksamhet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
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>
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>
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>
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>

### 4.2.4 Rehabilitering

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
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>
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 platsannonsers resultat.</li> <li>Annonsera mer på använda sociala medier.</li> <li>Delta på Yrkesmässor.</li> </ul>
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>
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>

### 4.2.5 Äldreomsorg & Hospice

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
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>
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>
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>
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>

## 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* 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>8</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 forsknings-samarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

Under 2021 har *Förbättringskraft* haft ett fortsatt fokus på att stärka teamens kunskapssökande för ökad evidensbaserad. För respektive förbättringsområde tas ett aktuellt kunskapsunderlag fram utifrån en mall som har utvecklats i ett pågående forskningsprojekt kring evidensbaserad. Även arbetet med att utveckla samskapandet i genomförande av förbättringsarbetena har fortsatt.

Ett systematiskt förbättringsarbete genomförs också på driftområdes- och verksamhetsnivå genom resultatorienterad styrning (ROS). Metodiken liknar till viss del *Förbättringskraft* och utgår från tydliga, långsiktiga mål men även uppföljning av nyckeltal. Prioriterade förbättringsområden väljs utifrån potentiell effekt på måluppfyllnad och förbättrad kvalitet. Utifrån dessa förbättringsområden tas handlingsplaner fram för aktuell period. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllelse i förbättringsarbetet och avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period.

---

<sup>8</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

## 6 Riskanalyser

### 6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete 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 övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser 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

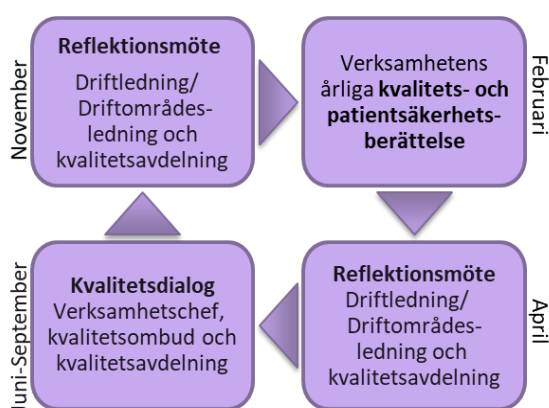
I det dagliga vård- och omsorgsarbetet sker en mängd riskanalyser på individnivå. Inom äldreomsorgen används olika nationella kvalitetsregister som t.ex. Senior alert eller BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) för att bedöma och hantera risken för fall, undernäring, trycksår, 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 behovsriktade dokumentations- och arbetssättet IBIC (Individens behov i centrum) i flera 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 sommar/höst varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samskapande och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR, SAS och verksamhetsutvecklare samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftområdesledningen 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 rutinmässigt 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 dokumentationsgranskningar av särskilda boenden för både kommunala och privata aktörer. Apoteket ABs kvalitetsgranskningar för att utveckla och säkra vår läkemedelshantering har genomförts i digital form under året. Under året har IVO inlett tillsynsärenden med anledning av att de mottagit synpunkter på tre av våra verksamheter.

De externa revisionerna gav värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens. I de tre tillsynsärendena har IVO påpekat brister gällande hur vi arbetar med skyddsåtgärder samt hur vi säkerställer att vi tillämpar alternativ och kompletterade kommunikation (AKK).

I det ena tillsynsärendet vidtogs åtgärder och IVO avslutade tillsynen. De två senaste tillsynsärendena pågår fortfarande och vi håller på att åtgärda de brister som påtalats av IVO.

### 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, brukarenkät från enheten för externa rehabiliteringsprogram i VGR samt egna undersökningar med det validerade instrumentet KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv).

Nationella och regionala kvalitetsregister

- Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Luftvägsregistret, Nationella Diabetesregistret, Svenska demensregistret, Primärvårdskvalitet, BOA-registret (Bättre

Omhändertagande av patienter med Artros), CPUP (för patienter med diagnos CP), STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens) och MUNIN (Västra Götalandsregionens webbuppföljning av primärvårdsrehab).

## 8 Avvikelsehantering

### 8.1 Avvikelser

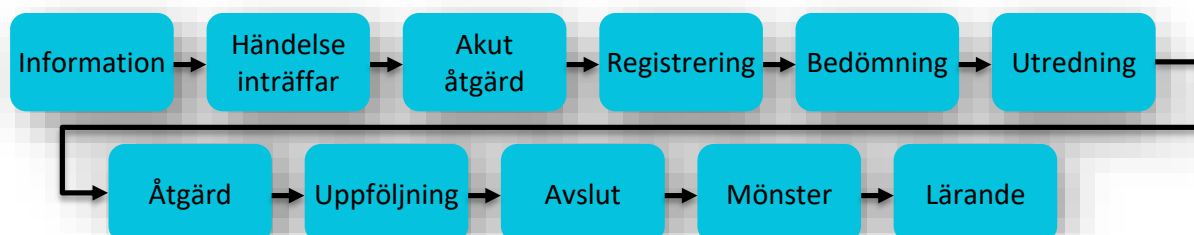
Med utgångspunkt i ledningssystemsföreskriften (SOSFS 2011:9) hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter på Bräcke diakoni som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket är ett bra stöd för att fånga upp avvikelser och skapa effektiva processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket i sin tur skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patient- och brukarsäkerheten.

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 in i avvikelssystemet och rapporten går då 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>9</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 eller förvärras, därefter påbörjas en utredning enligt lex Maria (HSLF-FS 2017:41)<sup>10</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>11</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 avtals-handläggare.

## 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*
- 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 finns tillgänglig på hemsidan och som tryckt broschyr i alla verksamheter, det tas dessutom upp vid första mötet med den enskilde och dennes

---

<sup>9</sup> [SOSFS 2011:5](#)

<sup>10</sup> [HSLF-FS 2017:41](#)

<sup>11</sup> [SOSFS 2008:1](#)

närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>12</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.

## 9 Medarbetarnas delaktighet

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

Medarbetarna i verksamheterna är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetsätt samt utveckling och administration av digitala system. Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande 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.
- Speranza Akademi, internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

---

<sup>12</sup> [SFS 2017:372](#)

## 10 Samverkan och omvärldsbevakning

### 10.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående

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. För att förbättra kvaliteten och patient- och brukarsäkerheten behöver patienter/brukare och närståendes erfarenheter av vården tas tillvara. Patienter/brukare och närstående behöver också ges möjligheter att kunna påverka beslut och planering av sin egen vård och omsorg. Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.

I flera 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. Riksföreningen för ME-patienter (Myalgisk Encefalomyelit), Neuroförbundet, Hjärnfonden, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) i Göteborg och Västra Götaland, Anhörigas riksförbund, Studieförbundet Vuxenskolan, Stiftelsen Gyllenkroken, Svenska Ödemförbundet, Lymf- och lipödemföreningen i Stockholms län, FUB Göteborg, RBU i Göteborg med omnejd, Funktionsrätt Västra Götaland, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Göteborgskooperativet för Independent Living och olika pensionärsorganisationer.

### 10.2 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 som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar ett ansvar som sträcker sig utöver sina egna verksamhetsgränser. 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 den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

### 10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, Nationell patientkontrakt, Tillitsdelegationen, Kompetensförsörjning inom äldreomsorgen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare (SAS), det nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering) och ingår i programråd och referensgrupper för nationella och internationella konferenser som t.ex. Vitalis, International Forum for Quality and Safety in Healthcare (IHI/BMJ) och i samverkansgruppen för säker vård.

Bräcke diakoni driver dessutom ett flertal innovationsprojekt med stöd från Nationella arvsfonden tillsammans med brukar-/patientorganisationer inom följande områden: Äldre, funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, lipödem och digitalisering.

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

## 10.4 Forskning

Som kunskapsaktör bidrar Bräcke diakoni 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 Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällesfrågor med konkreta forskningsarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett gemensamt arbete kring äldre, palliativ vård, funktionsnedsättningar, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

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

I samarbetet med Göteborgs universitet och med stöd från Forte bedriver vi ett forskningsprojekt kring evidensbaserad omvårdning inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserad omvårdning kan omsättas i vårdens och omsorgens vardag av personer som inte genom sin utbildning är akademiskt skolade.

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

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningsarbete 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*<sup>13</sup> för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2021 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad och kunskapsimplementering inom vård och social omsorg. I programmet deltog forskare, företrädare för SKR, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt två förbättringsteam från Förbättringskraft och projektet om Lipödem.

---

<sup>13</sup> <https://www.brackediakoni.se/seminarier/kunskapsarena>



## 11 Idéburna innovationer

Bräcke diakoni har under en längre tid haft möjlighet att utveckla innovativa verksamheter, metoder och kunskapsområden med stöd av Allmänna arvsfonden. En förutsättning för projektens finansiering är en hög grad av delaktighet och inflytande av projektens primära målgrupp, de vi finns till för. För oss innebär det en möjlighet att under tre år utforma verksamhet, metoder och sammanställa kunskap och erfarenheter tillsammans med målgruppen. Exempel på metoder för inflytande och delaktighet är fokusgrupper, enkäter, samtal där individer beskriver behov, identifierar problem och definierar lösningar enskilt eller i grupp, stödgrupp utan ledarstyrd agenda, text och tonalitetsgranskning samt uppföljande testning av det innehåll som utformats av tidigare deltagare. Testningen sker även med hjälp av andra aktörer i olika delar av Sverige för att säkerställa funktionalitet även i annan regi.

Under 2021 har följande utvecklingsprojekt varit aktiva:

- Bräcke projekt Dialog – utvecklar metoder för att underlätta samspelet mellan personer med psykisk ohälsa, deras anhöriga och vård och omsorg.
- Bräcke projekt Lipödem – synliggör och skapar förståelse för diagnosen lipödem bland annat genom framtagandet av plattformen "Allt om Lipödem".
- Bräcke projekt Kunskapsportföljen – utvecklar en app som förenklar för individen att själv äga informationen och visa sitt stödbehov genom film, text och bild.
- Bräcke projekt TrUSt utvecklar ett riktat föräldraskapsstöd för föräldrar med psykiska funktionsnedsättningar.
- Bräcke projekt I Nöd och Lust – utvecklar stöd till äldre anhöriga som vårdar sin partner i det gemensamma hemmet.

Verksamheter inom Bräcke diakoni nuvarande drift som startat som Arvsfondprojekt är:

- Bräcke förskola Stegen
- Bräcke arbetsintegrering Göteborg
- Bräcke hunddagis TriBus
- Bräcke öppen förskola Tilliten
- Bräcke mötesplats Miniklubben

Kvalitetsmässigt har projekten brutit gällande metoder för utvärdering av projektets slutgiltiga resultat. Under projektens gång genomförs flera utvärderingar kring delmoment, men då främst för att få direkt feedback på innehåll och utformning. En förklaring kan vara att projektets uppgift är att utveckla "något" som möter deltagarnas samlade beskrivning av behov, problemdefiniering och lösningsförslag. Projektledarens ansvar att säkerställa lyhördhet och följsamhet har prioriterats framför resultatredovisning. Under 2021 har arbete med att utveckla uppföljningsmetoder påbörjats, exempel på mätning presenteras i kap 16.7.

## 12 Kvalitetsarbete under coronapandemin

Coronapandemin har krävt ständiga, snabba omställningar där organisationens styrning, beslutsfattande, roller och ansvar har satts på prov.

Tidigt i pandemin tillsattes ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikatör och krissamordnare 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 patient- och brukarsäkerhet 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. En del i stödet är anpassad information om basala hygienrutiner och skyddsutrustning i fickformat. Vidare har lokala, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. 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, riskbedömningar 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 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 rätt skyddsutrustning på plats i varje verksamhet.

Under 2021 har vi i våra boenden och rehabcentra genomfört omfattande provtagningar och smittspårning. Bräcke diakonis verksamheter har också haft ett systematiskt arbete med att erbjuda brukare och patienter vaccin mot covid-19 enligt nationella och regionala riktlinjer. Alla boende på SÄBO som kan och vill vaccinera sig har under hösten 2021 fått tredje dosen vaccin. Bräcke mobilt hälsoteam Väst har haft uppdrag att vaccinera utsatta grupper i alla VGR's kommuner, där vaccinering av målgruppen inte hade påbörjats.

Som i många verksamheter har digitaliseringen tagit stora steg även hos oss. Möten hålls nuförtiden digitalt i mycket större omfattning inom hela organisationen. Användandet av läsplattor mellan brukare och närstående men också mellan sjuksköterskor, läkare och omvårdnadspersonal internt har underlättat kommunikationen 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.

Under 2021 har krisledningens operativa team bestått av driftchef, utvecklingschef, HR-chef, hälso- och sjukvårdsrådgivare, MAR och MAS. Teamet har träffats minst en gång per vecka för uppdatering av nya riktlinjer samt diskuterat och tagit ställning till verksamhetsnära frågor som rör pandemin. Krisledningsteamet har bjudit in chefer och andra nyckelpersoner i verksamheterna till veckovisa digitala

lägesavstämningar för hur pandemiarbetet fungerar i verksamheterna samt uppdatering av ny information och riktlinjer.

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 ledningsteamerna.

### 13 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

Bräcke diakonis värdegrund och 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.

## 14 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2021 den tolfte 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. 2021 har vi skapat en egen miljöutbildning, anpassad till våra verksamheter och hur vi bäst kan vara miljösmarta. Utöver den grundläggande miljökompetensen fyller vi på med regelbundna med kompetenshöjande aktiviteter.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi har även en internrevisor för miljöarbetet. Internrevisorns uppgift är att hjälpa till med egenkontroller i verksamheterna samt att stötta med råd. Tillsammans utgör miljösamordnaren, internrevisorn och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Under coronapandemin har resandet under större delen av året varit ytterst begränsat. Vi har då upptäckt att mycket fungerar lika bra 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, 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. Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Under året har en arbetsgrupp för cirkularitet och hållbarhet startats med målet att skapa nya styrdokument, rutiner och förhållningssätt kring cirkularitet, främst för möbler och inventarier. Arbetet kommer i nästa steg att involvera vår egen verksamhet för arbetsintegrering och därmed tas även ett steg för den sociala hållbarheten.
- För att reducera antalet transporter har vi en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- En under året genomförd energikartläggning visar att vår allra största miljöpåverkan sker i våra större fastigheter i Göteborg och Falköping. Åtgärder genom förbättrade system för övervakning och styrning av energiförbrukning är planerade. 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 diesel-, el-, eller gasdrivna.

- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Bräcke diakoni har under året tagit de första stegen mot en ny och sammanhållen struktur för hållbarhetsarbetet, genom att börja knyta ihop våra verksamheter för social hållbarhet med uppgifter för den miljömässiga hållbarheten. Inledningsvis innebär detta en tydligare koppling av verksamheten för arbetsintegrering och arbetsuppgifter inom cirkulära inventarie- och möbelflöden. Mot bakgrund av vår verksamhetsidé och vision ser vi det som naturligt att ta ansvar för miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet.

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna, hållbarhetsarbetet redovisas årligen i hållbarhetsrapporten.

## 15 Informationssäkerhet

Under 2021 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 Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Rådet har träffats för möten 7 gånger under året.

## 16 Resultat

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

### 16.1 Uppföljning av handlingsplan för 2021

I förra årets kvalitetsberättelse identifierades ett antal aktiviteter för 2021. Nedan sammanfattar vi åtgärder och resultat för dessa. Måluppfyllelse redovisas i procent där färgerna står för 0-25 = röd, 26-74 = gul och 75-100 = grönt.

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder	Måluppfyllelse
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>	Detta arbete är påbörjat och kommer att genomföras under 2022.	25
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>	<p>Ledningssystemet flyttades i januari 2022.</p> <p>Webinarier kring användning genomfördes under februari 2022.</p>	100
Stolta och engagerade medarbetare/ 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 nyhetssida kring förbättringar.</li> </ul>	Påbörjat men ej klart. Flyttas till 2022.	25
Tillit och lärande	Utveckla arbetsätt för strukturerad verksamhetsuppföljning och egenkontroll inom de fyra fokusområdena	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tagit fram och förankrat arbetsätt 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>	Delvis klart, verksamheternas mål och strategier är transparent tillgängliga.	50
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>	Detta arbete är påbörjat, färdigställande sätts som mål till 2022.	50
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>	<p>Mätinfrastruktur är klar.</p> <p>Hygiennätverk med hygienombud genomförs under 2022.</p>	75



## 16.2 Driftsområdesspecifika insatser

Nedan följer en sammanställning av de insatser som har gjorts under 2021 utöver de särskilda satsningar för att hantera pandemin utefter de mål som sattes för året i 2020 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse (se Kap. 4). Måluppfyllelse redovisas i procent där färgerna står för 0-25 = röd, 26-74 = gul och 75-100 = grönt.

### 16.2.1 Barn & Unga, LSS-boende

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	IBIC skall vara ett implementerat arbetssätt i samtliga LSS verksamheter	Antal genomförandeplaner som är upprättade enligt IBIC	Gemensamt arbeta med utveckling av dokumentationsombudens roll. Upprätta och uppdatera samtliga genomförandeplaner enligt IBIC	Verksamhets- och driftområdeschef	Var ett stort mål för Halmstad- verksamheterna och ej lika prioriterad i hela området. Kunde ej genomföras pga pandemi och överlämning av boendena till kommunen.	25
Stolta och engagerade medarbetare	Klarlagt kompetensbehov i alla verksamheter	Antal verksamheter som har kompetensutvecklingsplaner	Göra en kompetenskartläggning i de verksamheter som saknar detta och utifrån det ta fram kompetensutvecklingsplaner.	Verksamhetschef och HR	Blev en del av LSS konceptet	75
Stolta och engagerade medarbetare	Minska sjukskrivningar och personalomsättning	Följa sjuktal och personalomsättning	Följa arbetet med Hälsofrämjande arbetsplats	Verksamhets- och driftområdeschef och HR	Vi har följt sjuktal och omsättning men ej minskat pga av pandemin.	0
Tillit och lärande	Bräcke diakoni har ett tydligt LSS koncept	Finns tydligt koncept?	En arbetsgrupp är sammansatt och startar i mars 2021.	Driftområdeschef	Konceptet är framtaget men ej visualiserat ännu	75
Ansvar för gemensamma resurser	Införa nya scheman enligt nytt arbetsgivaravtal och hålla budget gällande personalkostnader.	Förändrade personalkostnader vid omläggning av scheman	Arbetsgrupp kring scheman sammansatt och startar i mars 2021.	Driftområdeschef och HR	Genomfört	100

### 16.2.2 Hälsa & Vård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Ökad tillgänglighet genom införande av digitalt system för kommunikation med våra patienter	Antal kontakter via det nya systemet	Införande och utbildning av personal på respektive vårdcentral. Utforma och anpassa lokala arbetssätt	Driftområdeschef och verksamhetschefer	75
Stolta och engagerade medarbetare	Program för intern kompetensutveckling	Genomförda utbildningstillfällen	Planera innehåll och genomförande	Driftområdeschef och verksamhetschefer	75
Tillit och lärande	Infört patientråd	Antal verksamheter som aktivt arbetar med patientråd	Planera upplägg Bjuda in patientföreträdare	Driftområdeschef och verksamhetschefer	25
Ansvar för gemensamma resurser	Ökad kännedom våra vårdcentraler och vad vi kan erbjuda	Listning	Ta fram kommunikationsplan	Verksamhetschef och kommunikationsavdelning	50

### 16.2.3 Psykiatri & Daglig verksamhet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Förbättrad kommunikation, ökad delaktighet och samspel	Följs upp med fortsatta mätningar utifrån befintliga mått.	Tillämpning av resultat och de erfarenheter som gjorts i förbättringsarbeten 2020	Verksamhets- och driftområdeschef	Exempel på detta är en ny form för deltagarråd i DV Falkenberg, projektet Trialog på Mellangården och Personligt ombuds podd, som har många följare.	100
Diakoni i praktiken	Utarbeta och förankra bemötandepolicy för bättre samverkan med anhöriga på Mellangården	Bemötandepolicy finns i verksamheten och den är känd av alla medarbetare.	Fortsatt arbete i projektgrupp och i samarbete med projekt Trialog.	Verksamhets- och driftområdeschef	Policy framtagen. Utbildning för alla medarbetare i maj 2022.	50
Diakoni i praktiken	Möjliggöra möten och studiebesök trots rådande pandemi	Rutin för digitala möten finns och den är känd av alla medarbetare.	Utöka befintlig rutin till att även omfatta digitala studiebesök. Tillämpa digitala möten vid behov. Erbjuda möten utomhus vid behov.	Verksamhets- och driftområdeschef	Digitala studiebesök och möten används i verksamheterna.	100
Tillit och lärande	Dokumentation enligt IBIC- fortsatt implementering i Dagliga verksamheterna och införande på Mellangården	Alla verksamheter dokumenterar enligt IBIC	Utbildningsinsatser och uppföljning i genomförandeplaner	Verksamhets- och driftområdeschef	Nytt journalsystem byggt på IBIC är under införande.	50

## 16.2.4 Rehabilitering

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Öka antal uppdrag och kunder	Antal uppdrag och/eller kunder	Paketera och synliggöra mervärdet i tjänsterna vi levererar och att vi är idéburen verksamhet	Driftområdeschef + LG Rehabilitering	Se kommentar nedanför tabellen.	50
Stolta och engagerade medarbetare	Vi ska ses som en attraktiv arbetsgivare	Antal lyckade rekryteringar, dvs att tjänsterna som har utlysts blir tillsatta.	Analysera våra plattsannonsers resultat. Annonsera mer på använda sociala medier. Delta på Yrkesmässor.	Driftområdeschef + LG Rehabilitering	Se kommentar nedanför tabellen.	85
Tillit och lärande	Medarbetarna ska känna en hög grad av motivation att gå till jobbet.	Resultat från medarbetarenkäten.	Skapa förutsättningar för delaktighet i verksamhetens utveckling.	Driftområdeschef + LG Rehabilitering	Se kommentar nedanför tabellen.	75
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	Ekonomiskt resultat enligt budget	Regelbunden uppföljning och analys av det ekonomiska resultatet. Ekonomi-kommentarer på verksamhetsnivå och driftområdesnivå.	Driftområdeschef + LG Rehabilitering	Se kommentar nedanför tabellen.	50

### Kommentarer:

- **Diakoni i praktiken:** Driftområdets kundnöjdhets- och patientundersökningar visar att våra målgrupper är mycket nöjda med insatserna vi erbjuder inom våra uppdrag. I driftområdets ledningsgrupp pågår ett förbättringsområde med att synliggöra resultaten vi åstadkommer.
- **Stolta och engagerade medarbetare:** Under året har förbättrat våra rekryteringsannonser och använt oss av flera kanaler inför rekryteringar vi genomfört. Detta har resulterat i flertalet lyckade rekryteringar.
- **Tillit och lärande:** Under året har vi lagt stor fokus på arbetsmiljöarbetet, där vi har startat upp och genomfört flera aktiviteter med syfte att öka medarbetarnas motivation och nöjdhet med verksamheternas arbetsmiljö.
- **Ansvar för gemensamma resurser:** För driftområdet Rehabilitering har året präglats av omfattande verksamhetsanpassningar på grund av Covid-19 pandemin. Den utmanande situationen har även påverkat områdets måluppfyllelse. Under hela året har driftområdet haft ett avvikande patientinflöde och närvaro av patienter och deltagare på grund av pandemins restriktioner och effekter. I delar av verksamheten har vi varit stängda delar av året. Detta har orsakat ett negativt ekonomiskt resultat för driftområdet och vi har inte kunnat uppnå ekonomisk balans för verksamheten. Ett sätt att mildra det negativa ekonomiska resultatet har varit att ansöka om ekonomiskt stöd för korttidsarbete från Tillväxtverket.

### 16.2.5 Äldreomsorg & Hospice Götaland

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Alla ordinarie medarbetare skriver avvikelser i DF Respons	Alla ordinarie medarbetare har skrivit minst en avvikelse under 2021	Utbildning i samband med introduktion Månadsvisa uppföljning	Verksamhets- och driftområdeschef	Varierar stort mellan verksamheterna	50
Stolta och engagerade medarbetare	Alla ordinarie medarbetare ska känna till årets kompetensplan	100% av ordinarie medarbetare ska ha genomgått utbildning	Dokumentation vid varje genomförd utbildning	Verksamhets- och driftområdeschef	Många nya som ej hunnit ta del av utbildningar.	75
Tillit och lärande	Godkänd dokumentation	90% godkända genomförandeplaner	Utbildning genomförs kontinuerligt under året Uppföljning kvartalsvis av dokumentationen	Verksamhets- och driftområdeschef	Generellt god kvalitet men behöver förbättra uppföljning.	75
Ansvar för gemensamma resurser	Alla verksamheternas inköp sker via inköpsportalen	100% av inköpen sker via Inköpsportalen	Månadsvis uppföljning	Verksamhets- och driftområdeschef	Förbättra uppföljning och utbud.	75

### 16.2.6 Äldreomsorg Mälardalen

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Ansvar	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Alla ordinarie medarbetare skriver avvikelser i DF respons	Alla ordinarie medarbetare har skrivit minst en avvikelse under 2021	Utbildning i samband med introduktion Månadsvisa uppföljning	Verksamhets- och driftområdeschef	Se kommentar nedanför tabellen.	80
Stolta och engagerade medarbetare	Alla ordinarie medarbetare ska känna till årets kompetensplan	100% av ordinarie medarbetare ska ha genomgått utbildning	Dokumentation vid varje genomförd utbildning	Verksamhets- och driftområdeschef	Se kommentar nedanför tabellen.	100
Tillit och lärande	Godkänd dokumentation	90% godkända genomförandeplaner	Utbildning genomförs kontinuerligt under året Uppföljning kvartalsvis av dokumentationen	Verksamhets- och driftområdeschef	Se kommentar nedanför tabellen.	90
Ansvar för gemensamma resurser	Alla verksamheternas inköp sker via inköpsportalen	100% av inköpen sker via Inköpsportalen	Månadsvis uppföljning	Verksamhets- och driftområdeschef	Se kommentar nedanför tabellen.	95

#### Kommentarer:

- **Diakoni i praktiken:** Eftersom vi inom verksamhetsområdet har utökat verksamhet och det under året har varit många nyrekryteringar så når vi inte upp till 100%. Alla medarbetare har genomgått utbildning så alla vet hur man dokumenterar avvikelser.
- **Stolta och engagerade medarbetare:** Alla medarbetare får information om den årliga övergripande kompetensplanen i samband med introduktion samt hur dessa utbildningar planeras in för varje enskild person.
- **Tillit och lärande:** Dokumentationsgranskningarna som gjorts har visat på godkänt. Under kommande år kommer även detta mål att finnas med genom fördjupning.
- **Ansvar för gemensamma resurser:** Egentligen skulle vårt svar vara 100% men då alla avtal för våra inköp inte är helt färdigförhandlade når vi inte 100%. I de fall inköp behöver göras och som inte finns i inköpsportalen så kontaktas inköpsamordnaren.

### 16.3 Systematiskt förbättringsarbete

Under 2021 har 2 förbättringsteam med sammanlagt 7 medarbetare deltagit i Förbättringskraft med följande förbättringsarbeten:

- Vi vill möta dig där du är - 6 S ger oss möjlighet att samskapa vården tillsammans med dig *Hospice Helhetsvården*
- Fallförebyggande dokumentation - Från Senior Alert till Genomförandeplan *Vård- och omsorgsboende Hornstull*

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 ett antal arbetsgrupper som på olika nivåer arbetar enligt ROS-strukturen ökat under 2021. Samtliga driftområden arbetar nu med verksamhetsgemensamma och områdesöverskridande frågeställningar och flera verksamheter arbetar med sina lokala förbättringsbehov på motsvarande sätt.

Några exempel på förbättringsarbeten inom ROS på driftområdes- och övergripande nivå under 2021 presenteras här:

- Ett behov av en gemensam kunskapsplattform har identifierats och en början till struktur samt vilka resurser som behövs har identifierats. Driftområdesövergripande samverkan i HSL-frågor och kring personal och bemanning har kommit igång.
- Ett koncept för de verksamheter som verkar inom LSS-lagstiftningen är under framtagande och där har vi hittills definierat de viktigaste arbetssätten och metoderna och tillsatt genomförandegrupper för implementering i våra verksamheter. Metoderna utgår från Socialstyrelsens rekommendationer, den nationella värdegrunden samt den evidens som finns.
- Vi har också arbetat med bättre samverkan och närhet mellan stiftelsens stödfunktioner och driftorganisationen genom att genomföra vad vi kallar för "Förväntanssynkar". Där klargör vi våra förväntningar på varandra och vilka gemensamma förbättringsområden vi har att arbeta med. Därefter tar vi fram en gemensam handlingsplan. Exempel på förbättringar som genomförts efter det är behörighetsstyrning i vårt ledningssystem och justeringar i avvikelshanteringen.

- Ett annat stort område vi identifierat och börjat arbeta med åtgärder kring är de kulturella och strukturella aspekterna på hur vi som medarbetare och organisation arbetar med kvalitet, ett första steg där är en workshop som utgår från faktiska händelser och avvikelser inom våra egna verksamheter och hur bristande kommunikation och maktstrukturer kan bidra till missförstånd.
- Vi har också tagit fram en plan för hur vi skall ta emot studenter och säkerställa handledarskapet för dessa inom våra sociala verksamheter.

## 16.4 Kvalitetsdialog

Under 2021 har kvalitetsavdelningen genomfört 38 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 2020. 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. Frågorna i enkäten har förtydligats och vissa skattningar har reviderats. 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 2021			Skillnad mot 2020		
	Struktur	Process	Resultat	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,7	2,7	2,5	0,12	-0,02	-0,04
2. Riskanalyser	2,9	2,8	2,7	0,05	-0,10	-0,03
3. Avvikelsehantering	3,0	2,6	2,7	-0,03	0,00	0,04
4. Egenkontroll	2,5	2,7	2,8	-0,11	0,02	0,29
5. Kunskap och kompetens	2,6	2,7	2,7	0,11	0,04	0,03
6. Samverkan	2,4	2,5	2,9	0,17	-0,06	0,17

**Figur 4.** Kvalitetsmognad i organisationen (Skala 1-3). Medelvärde av alla verksamheters skattning från kvalitetsdialogen (n=38).

Resultaten ovan visar att verksamheterna har förbättrat sig jämfört med 2020 i flertalet områden som innefattas i dialogen och alla områden har ett mått på minst 2,4 utav 3. Fler verksamheter använder det digitala ledningssystemet där många verksamheter har sina styrdokument på plats och medarbetarna använder systemet i det dagliga arbetet. Eftersom ledningssystemet precis har flyttats till en ny plattform där såväl rutiner som processkartor kan uppdateras enklare så förväntas dessa mått öka till dialogen 2022. Resultatmåttet är kopplat till hur väl verksamheterna har uppnått förra årets kvalitetsmål och precis som under 2020 har coronapandemin hindrat en del av detta arbete under 2021. Riskanalyser och avvikelsehantering är arbetsätt som är väl inarbetade i våra verksamheter, även om de flesta verksamheter fortfarande har arbete att göra med att registrera synpunkter digitalt. Egenkontrollerna fick, liksom under 2020, stå tillbaka till förmån för hanteringen av coronapandemin, men de

egenkontroller som har genomförts har lett till goda resultat i verksamheterna. Såväl kunskap och kompetens som samverkan har utvecklats positivt under 2021. Samverkan var ett förbättringsområde för 2021 och även om processerna inte är helt på plats, delvis pga coronapandemin som lett till inställda brukarråd och annan samverkan, så syns att den samverkan som genomförts har gett resultat.

## 16.5 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 är ett mycket värdefullt verktyg för att hantera, förebygga och undvika fel och brister.

### 16.5.1 Antal avvikelser och synpunkter

Antalet avvikelser har under 2021 ökat efter en nedgång 2020, 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. Antalet avvikelsestyper per händelse har ökat något jämfört med de senaste två åren (2019: 1,26; 2020: 1,27, 2021: 1,37) och kan förklara en del av den ökning vi ser 2021. Omräknad till verksamheten som var i drift under 2021 ser vi en ökning från 4,3 inrapporterade avvikelser per helårsarbete tidigare år till 5,1 under 2021.

Ser man på enskilda driftområden så har ökning skett i alla driftområden utom Rehabilitering, vilket kan förklaras med att en del av dessa verksamheter har haft en låg beläggning pga coronapandemin (Tab. 2). Störst ökning har skett i Psykiatri & Daglig verksamhet följt av Äldreomsorg & Hospice. Vi ser generellt 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, men vi ser också verksamheter där ett mycket gott förbättringsarbete har lett till minskat antal avvikelser. Det fokus som har lagts på avvikelser har därmed lett till en större medvetenhet för avvikelser och en bättre avvikelsekultur inom organisationen.

Inom driftområdet Barn & Unga, LSS-boenden ser vi en mindre ökning av antalet inkomna avvikelser. Inom detta område har vi under hösten avslutat sammanlagt 16 mindre verksamheter som stod för en större andel av inkomna avvikelser.

Inom Psykiatri & Daglig verksamhet har vi under året startat upp två nya verksamheter och då detta driftområde har få avvikelser får den ökning som nya verksamheter ger en stor effekt på andelen avvikelser.

Inom Äldreomsorg & Hospice har vi förvisso stängt ner en verksamhet men vi har också utökat antalet platser på ett boende från 18 till 50, vilket resulterat i ett ökat antal avvikelser. Vi har även ett ökat antal avvikelser i våra hemtjänstverksamheter, vilka har haft en stor utmaning med bemanning under coronapandemin.

Äldreomsorg & Hospice står fortfarande för största andelen avvikelser (Tab. 2), där det sker många enklare läkemedels- och fallavvikelser, även om ett preventivt arbete har bidragit till en minskning av dessa i vissa verksamheter. Driftområdet Barn & Unga, LSS-boende har en viss ökning av sina avvikelser över åren, och det arbetas nu fram ett gemensamt LSS-koncept för att hantera orsaken till vissa av dessa avvikelser. Därtill genomfördes en ändring i kategoriseringen av avvikelser och vi införde kategorin *Utmanade beteende*, en typ av avvikelse som vi tidigare hade svårt att synliggöra. Ökningen av avvikelser inom Hälsa & Vård kan främst kopplas till *tillgänglighet*, vilket delvis kan kopplas till coronapandemin.

**Tabell 2.** Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2019 – 2021.

<b>Driftområden</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Barn & Unga, LSS-boende	958	1 233	1 302
Hälsa & Vård	383	460	488
Psykiatri & Daglig verksamhet	153	108	146
Rehabilitering	130	172	136
Äldreomsorg & Hospice	2 063	1 586	1 859
Övriga	24	20	19
<b>Antal avvikelser per år</b>	<b>3711</b>	<b>3579</b>	<b>3950</b>
<b>Avvikelser per helårsarbete</b>	<b>4,31</b>	<b>4,35</b>	<b>5,10</b>
<b>Antal synpunkter</b>	<b>135</b>	<b>196</b>	<b>388</b>

Under 2021 registrerades nästan dubbelt så många synpunkter, klagomål och frågor från patienter, brukare eller närstående i vårt digitala system i jämförelse med 2020 (Tab. 2). Delvis beror denna ökning på att vårdcentralerna fick in många fler synpunkter och frågor om tider för vaccinering mot covid-19 samt för provtagning vid misstanke om covid-19. Flertalet verksamheter har också arbetat aktivt med öka antalet registrerade synpunkter vilket har gett resultat.

### 16.5.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under 2021 har 86 utredningar genomförts enligt lex Sarah och lex Maria samt 15 personuppgiftsincidenter enligt Dataskyddsförordningen. Av dessa har 12 utredningar anmälts till IVO samt 6 till Datainspektionen (Tab. 3). Detta är en ökning av antalet utredningar jämfört med 2020 och är även en mindre ökning jämfört med 2019. Trots att antalet lex Mariautredningar har ökat så är det färre ärenden som har anmälts till IVO. Även för personuppgiftsincidenter ses ingen uppgång i behov av att anmäla till myndighet, trots ökade utredningar. För lex Sarahutredningar är andelen anmälningar till IVO av totala antalet utredningar relativt konstant. Detta visar att verksamheterna är bra på att rapportera in allvarliga avvikelser och att vi är noggranna med att utreda dessa avvikelser.



**Tabell 3.** Antal allvarliga avvikelseärenden inom Bräcke diakoni under 2019 – 2021 som har utretts respektive anmälts till myndighet i enlighet med gällande regelverk.

Lex Maria	2019	2020	2021
Utredningar	31	27	41
varav risker för vårdskada	8	8	3
varav vårdskador	5	1	3
Anmälda till IVO	13	9	6
<b>Lex Sarah</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Utredningar	37	23	45
varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	1	0	1
varav allvarliga missförhållanden	5	3	5
Anmälda till IVO	6	3	6
<b>Medicintekniska produkter</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Utredningar	0	0	3
Anmälda till Läkemedelsverket	0	0	2
<b>Personuppgiftsincidenter</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Utredningar	15	11	15
Anmälda till Integritetsskyddsmyndigheten	5	6	6

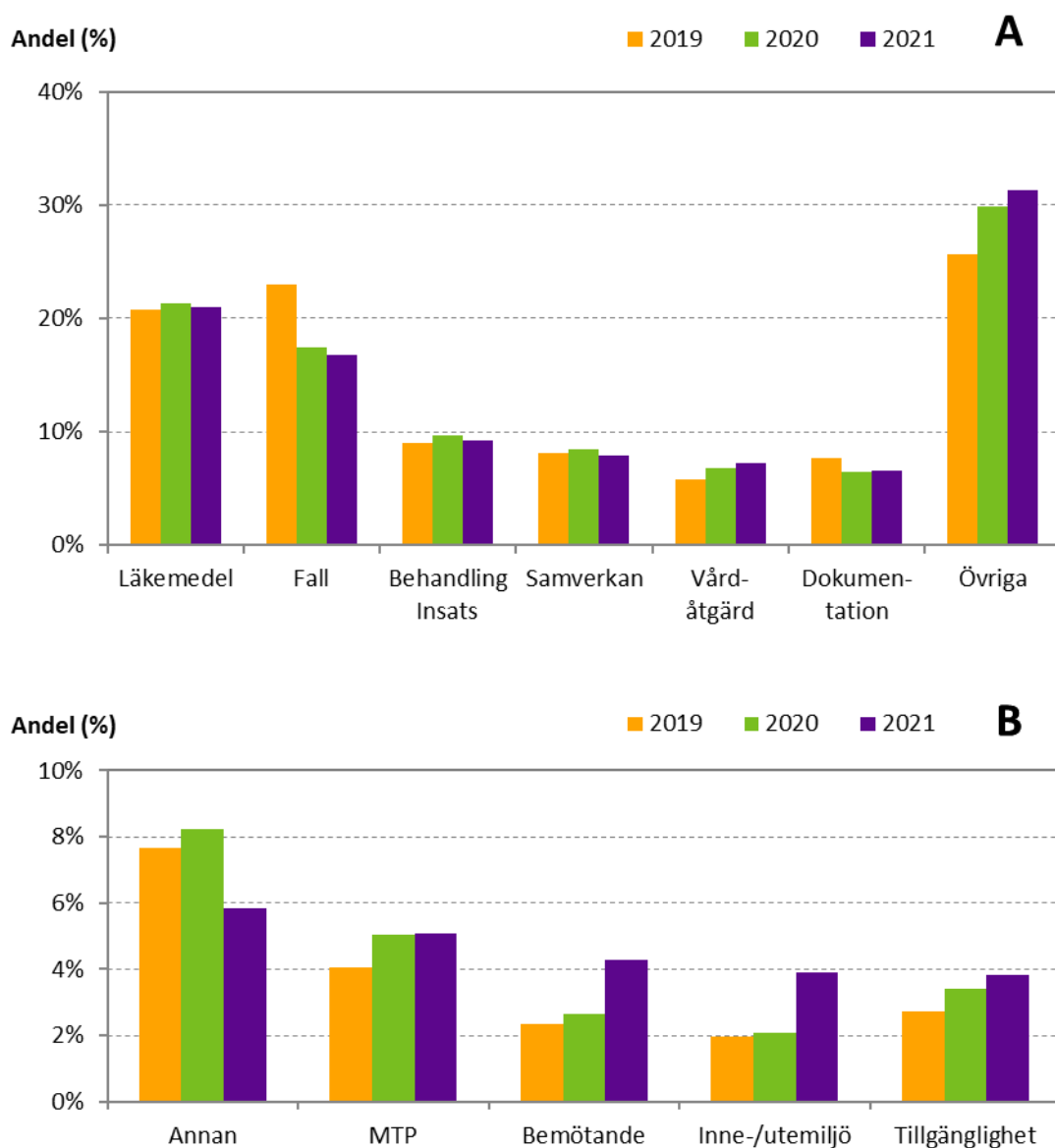
IVO har avslutat två lex Sarah-ärenden med bedömningen att huvudmannen "har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med LSS och SoL samt har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade, vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen". I två av lex Sarah ärendena har IVO inte meddelat beslut men i dessa två fall avslutades också verksamheten kort efter att anmälan skickades in till IVO. I de sista två lex Sarah ärendena har IVO ännu inte meddelat beslut och det pågår även ett tillsynsärende i samma verksamhet.

Av totalt sex lex Maria anmälningar har fyra 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." Två ärenden är fortfarande under utredning hos IVO.

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

### 16.5.3 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 2019-2021 (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*, och utgjorde under 2021 tillsammans drygt 35% av alla avvikelser, vilket är en minskning från föregående år. Fel och brister i *behandlings- och insatser* liksom *samverkan* är de andra större avvikelse typerna, vilka alla dock har minskat något sedan 2020. Minskningen av andelen fallavvikelser har fortsatt även under 2021, trots ett relativt konstant antal brukare inom äldreomsorgen. Detta är ett resultat av att flertalet verksamheter infört systematiska fallförebyggande arbetsätt där olika insatser och ändrade arbetsätt kontinuerligt har följts upp och utvärderats. Bland övriga

avvikelse finns huvudsakligen kategorierna *Annan* (ospecificerade avvikelser), *medicintekniska produkter (MTP)* samt *Bemötande*. Få avvikelser rör *bemötande* och *inne/utemiljö*, men dess andel har dock ökat tydligt sedan 2020, medan en liten ökning ses för *tillgänglighet*. Denna marginella ökning kan bero på att ett medvetet arbete påbörjades under 2021 för att även synliggöra och registrera sociala avvikelser. I praktiken innebär det en bredare syn på avvikelser och därmed ökad uppmärksamheten på händelser av ovanligare slag som personal tidigare inte har rapporterat som en avvikelse utan enbart hanterat i stunden. Ökningen är också en effekt av att vi under 2021 haft ett fortsatt arbete med att generellt öka avvikelserapporteringen i våra verksamheter med fokus på att "allt som avviker från det förväntade ska ses som en avvikelse". En viss ändring av kategorisering kan även ha skett på grund av att vi under året har förtydligat förklaringstexterna av kategorierna vid rapportering av avvikelser, vilket också ses i minskningen av avvikelsetypen *Annan* (okategoriserad).

#### 16.5.4 Allvarlighetsgrad

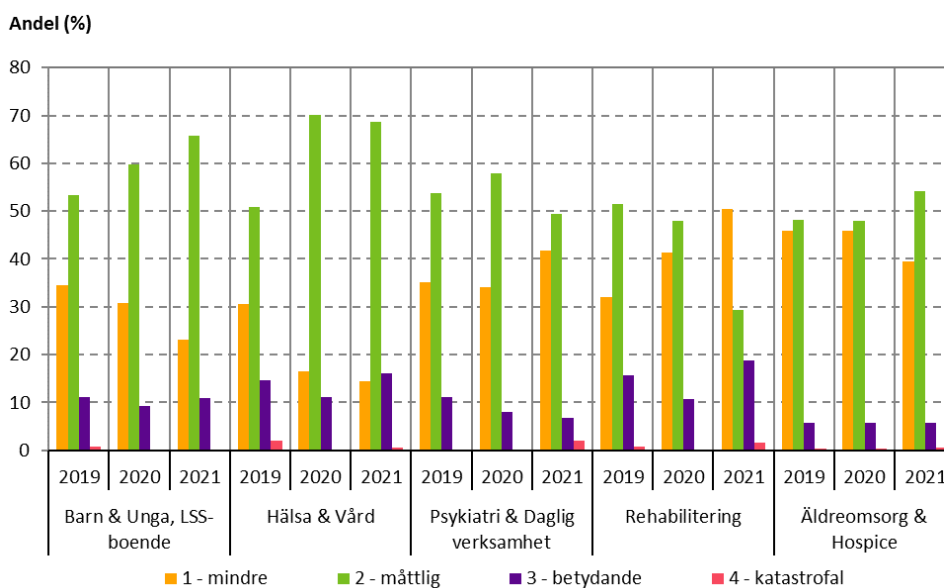
I vårt system för avvikelsehantering (DF Respons) graderas alla avvikelser efter SKR:s Handböcker för risk- och händelseanalyser<sup>14,15</sup> i fyra steg: 1-Mindre, 2-Måttlig, 3-Betydande, 4-Katastrofal. Vidare så anges sannolikheten att ett fel inträffar igen också in en 4-gradig skala: 1-mycket 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 2021 har andelen allvarliga eller mycket allvarliga avvikelser ökat något i flera av driftområdena (Fig. 6). Detta stämmer överens med en ökad andel lex Maria och lex Sarah utredningar, som dock resulterade i ett minskat antal anmälningar jämfört med 2021. Det är väldigt positivt att verksamheterna generellt har avvikelser med låg allvarlighetsgrad och visar på att man är uppmärksam på små brister innan de leder till allvarliga konsekvenser. För första gången har ett driftområde, Rehabilitering, flest avvikelser med mindre allvarlighetsgrad och driftområde Psykiatri & Daglig verksamhet visar också en utveckling åt samma håll. Dessa båda driftområden har dock även enstaka katastrofala avvikelser och påvisar totalt sett en ökad variation i avvikelsegrad jämfört med tidigare. Vi fortsätter med samma arbetsätt som tidigare, att vara uppmärksamma på och noggrant utreda allvarliga avvikelser för att hindra de negativa händelser som vi kan påverka. Fortfarande kvarstår att de flesta 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>14</sup> SKL, 2015: [Riskanalys och händelseanalys](#). Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 98 s.

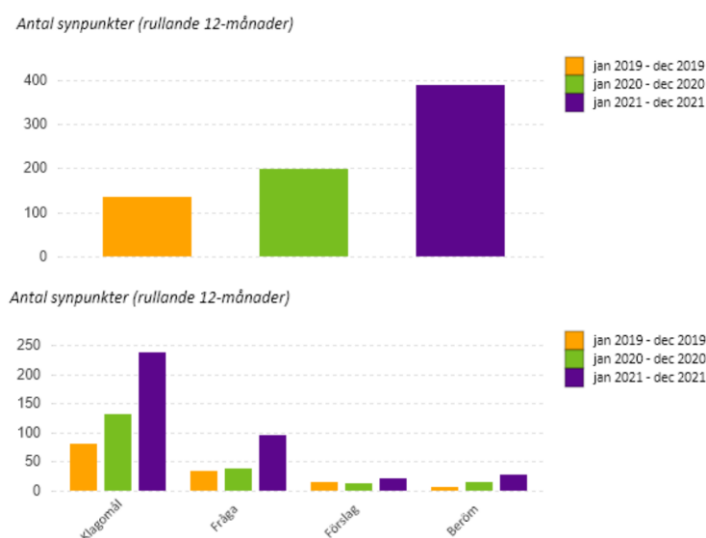
<sup>15</sup> SKL, 2011. [Modell för risk- och händelseanalys](#). Systematiskt förbättringsarbete inom Individ och Familjeomsorgen. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 86 s.



**Figur 6.** Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och driftområde inom Bräcke diakoni under 2019–2021. Data från DF Respons och Treserva.

### 16.5.5 Synpunkter och klagomål

Arbetet med synpunkter och klagomål har varit ett område vi har fokuserat på såväl under 2020 som 2021. Vi ser att antalet registrerade synpunkter har ökat stadigt 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.



**Figur 7.** Antal registrerade synpunkter från patienter, brukare eller närstående samt typ av synpunkt för åren 2019 – 2021.

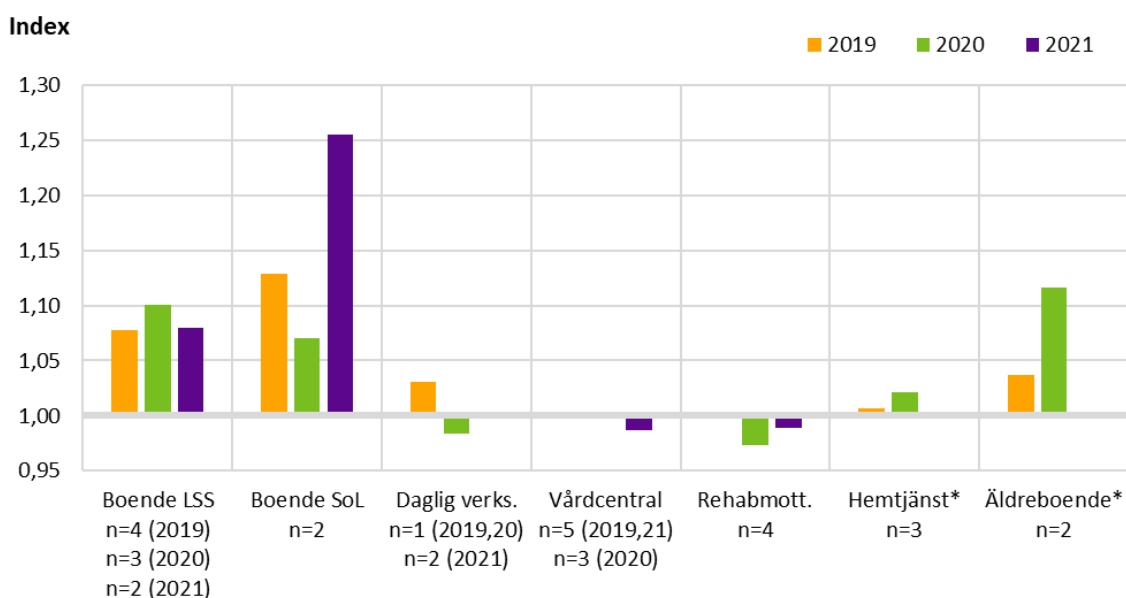
## 16.6 Patient/brukarupplevelse av våra insatser

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.

Indikator	Verksamhetsgrupp					
	Äldreboenden	Hemtjänst	Daglig verksamhet	LSS Boenden	SoL Boenden	Primärvård
Bemötande						
Helhetsintryck						Primärvård
Trygghet						
Förtroende för personalen						
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 ha riksnittet 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.



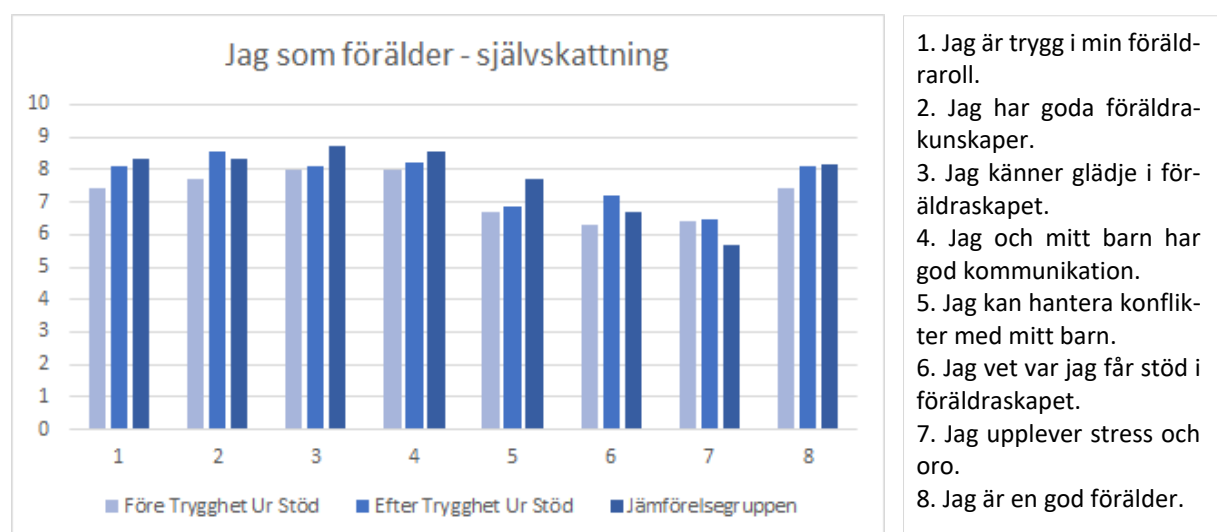
**Figur 8.** Översikt över brukar/patientupplevelsen med hjälp av vårt index *Diakoni i praktiken*. Värdet 1 anger medelvärdet i Sverige för respektive verksamhetsgrupp. *n* anger antal verksamheter i respektive grupp.

\*Under 2021 gjordes inga nationella brukarundersökningar inom hemtjänst och äldreboende.

I Figur 8 kan vi se att inom verksamhetsgrupperna LSS-boende och SoL-boende så värderar de vi finns till för våra insatser högre jämfört med medelvärdet i hela Sverige, där speciellt SoL-boende ligger markant över riksgenomsnittet, med en stor förbättring jämfört med tidigare år. Båda våra SoL-boenden har arbetat fokuserat med att förbättra de områden som ingår i mätningen, vilket brukarundersökningen visar har gett god effekt. Daglig verksamhet, rehamottagningarna och vårdcentralerna ligger fortfarande något under medelvärdet för Sverige. Inom daglig verksamhet har vi under 2021 startat upp ytterligare en verksamhet, vilket kan påverka resultatet. Rehamottagningarna, för vilka nationella brukarundersökningar genomfördes första gången 2020, har förbättrat sig sedan föregående år. Hemtjänst och äldreboende har tidigare år legat högre än medelvärdet av liknande verksamheter i Sverige och vi ser fram emot årets brukarundersökningsresultat till sommaren.

## 16.7 Idéburna innovationer

Studiecirkeln Trygghet Ur Stöd (TrUSt) riktar sig till föräldrar med psykiska funktionsnedsättningar. Utvärderingen har bestått i att de föräldrar som har deltagit i TrUSt har gjort en självskattning före och efter genomgången cirkel (vissa föräldrar bara har gjort en skattning). Föräldrar som själva bedömer att de inte tillhör TrUSts målgrupp utgjorde en jämförelsegrupp och de har genom samma frågor skattat sitt föräldraskap.



**Figur 9.** Medverkande föräldrars självskattning av sin föräldraroll före och efter att ha deltagit i studiecirkeln TrUSt och självskattning hos jämförelsegrupp. Frågorna som ställts presenteras till höger. Antal svarande i de tre grupperna - före: n=7, efter n=9, jämförelsegrupp n=22.

I figur 9 kan vi se att föräldrarna som har medverkat i TrUSt skattar sin föräldraroll utifrån alla frågor högre eller något högre efter TrUSt än innan. Resultatet visar att stödet gett positiv effekt inom alla områdena, utom upplevelse av stress och oro, där en högre skattning är negativt. Noterbart är att gällande fråga 2 och 6 ("Jag har goda föräldrakunskaper" och "Jag vet var jag får stöd i föräldraskapet") så skattar målgruppens föräldrar efter genomgången studiecirkel sig högre än jämförelsegruppen. För fråga 3, 5 och 7 ("Jag känner glädje i föräldraskapet", "Jag kan hantera konflikter med mitt barn" och "Jag upplever stress och oro"), skattar målgruppen sig dock fortfarande lägre än jämförelsegruppen även efter genomgången studiecirkel, något som kan tas med i en eventuell vidareutveckling av

studiecirkeln. Skattningarna från jämförelsegruppen visar sig här vara väldigt viktig för att få en realistisk förväntad målbild, både för studiecirkeln och för målgruppens föräldrar.

## 17 Strategier och handlingsplan för det kommande året

### 17.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

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

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Utveckla stöd för samskapande.	Grundläggande och anpassat stöd inom samskapande ska finnas tillgänglig för alla verksamheter/DO.	Kartläggning på mikro- och mesonivå av olika intressenters behov kring samskapande. Utveckla samskapande arbetsätt/metoder för stiftelsen.
Stolta och engagerade medarbetare Tillit och lärande	Synliggöra förbättringar i intranätet.	Befintliga förbättringar ska ha förts över. Struktur ska finnas för att förbättringar ska kunna presenteras.	Bygga upp en förbättringslogg och nyhetssida kring förbättringar.
Tillit och lärande	Utveckla arbetsätt för strukturerad verksamhets- och projektuppföljning och egenkontroll inom de fyra fokusområdena.	Tagit fram och förankrat arbetsätt för verksamhets- och projektuppföljning och egenkontroll.	Samverka med driftledningen och projektavdelning kring uppföljning av nyckeltal Synliggöra nyckeltal för fokusområden.
Tillit och lärande	Utveckla Förbättringskraft som plattform för kompetensutveckling och stöd till det systematiska förbättringsarbetet.	Det finns ett sammanhängande koncept för vårt förbättringsarbete.	Konceptualisera innehållet i FBK/ROS i gemensam plattform.
Tillit och lärande	Förstärkt arbete med basal hygien.	Alla verksamheter har utsedda hygienombud.	Formalisera hygienombud och starta hygiennätverk.
Tillit och lärande	Medarbetare ska lätt hitta sina resultat.	Testa nya strukturen med minst tre verksamhetschefer.	Uppdatera strukturen i Qlikview.
Ansvar för gemensamma resurser	Effektivisera samverkan mellan stödfunktioner och driften.	Ha genomfört förväntanssynk med alla stödfunktioner.	Förväntanssynk och uppföljningar genomförs.

## 17.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner

### 17.2.1 Barn & Unga, LSS-boenden

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Verksamheterna genomsyras av den enskildes delaktighet och självbestämmande och för det har vi utarbetat arbetssätt för AKK.	Alla verksamheter i DO har genomfört grundutbildningen i december 2022.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ta fram grundutbildning i AKK.</li> <li>Inrätta metodstöd för AKK i driftområdet.</li> </ul>
Stolta och engagerade medarbetare	Det finns en tydlig tråd mellan stiftelsens värdegrund och våra verksamheter som skapar inspiration och engagemang hos våra medarbetare.	Medarbetarenkäten Engagemangindex större än 85 i alla verksamheter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ta fram aktiviteter i driftområdets ROS-arbete.</li> </ul>
Stolta och engagerade medarbetare	Vi har en kunskapsplattform för intern utbildning.	Finns kunskapsplattform?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utgå ifrån de valda metoderna i LSS konceptet.</li> </ul>
Stolta och engagerade medarbetare	Vi har ett utarbetat koncept där våra medarbetare har/kan få grundläggande kompetens inom, för området, relevanta metoder och arbetssätt.	Finns tydligt koncept?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbetsgruppen för LSS-koncept fortsätter och arbetar med att visualisera konceptet samt att ta fram grundutbildningar inom valda metoddelar.</li> </ul>
Tillit och lärande	Vi har väl utarbetade rutiner och arbetssätt för skydds- och begränsningsåtgärder samt dokumentationsgranskning.	Rutiner framtagna Rutiner implementerade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uppdatera och implementera de rutiner som finns.</li> </ul>
Ansvar för gemensamma resurser	Hålla övergripande budgetmål.	Månadsresultat för hela DO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultatuppföljningar månadsvis.</li> </ul>

### 17.2.2 Hälsa & Vård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Vi ska öka antalet listade patienter.	Listning	Marknadsföringsprojekt
Tillit och lärande	Vi ska införa patientråd på minst tre av våra vårdcentraler.	Antal verksamheter som arbetar med patientråd.	Vi ska implementera det uppbygg som vi har tagit fram 2021.
Ansvara för gemensamma resurser	Kvalitetsombud och medicinska rådgivare är en naturlig del i vårt utvecklingsarbete.	Antal träffar som kvalitetsombuden och de medicinska rådgivarna har haft.	Vi arbetar områdesövergripande med dessa funktioner och bjuder in dom till vår ledningsgrupp.
Stolta och engagerade medarbetare	Vi ska bjuda in alla våra medarbetare på HoV samt PVR till kompetensdagar som vi kallar för Bräcke primärvårdsdagar.	Antal genomförda dagar.	Planera, genomföra och utvärdera dessa dagar.



### 17.2.3 Psykiatri & Daglig verksamhet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och lärande	1.Följsamhet till ledningssystemet, som är strukturerat och känt av alla.	1.Ledningssystemet är uppdaterat med tydlighet.	1.a Processkartor uppdaterade 1.b utbildning i personalgrupper 1.c Arbete med fördelning mellan övergripande och lokala rutiner påbörjat.
Diakoni i praktiken	2.Vi följer upp brukarnas upplevelse av vår insats.	2.Vi genomför en för verksamheten anpassad mätning av kundnöjdhet i alla verksamheter.	2a Genomföra brukarundersökning PO. 2b Ta fram enkät för att ta in anhörigas syn på DV Verksam. 2c Brukarenkäter från SKR i DV Hammarby, DV Leffler, DV Falckenberg och Mellangården.
Stolta och engagerade medarbetare	3. Avvikelsesystemet DF Respons är känt och används av alla medarbetare.	3.Fler medarbetare har registrerat avvikelser och tillbud.	3a Utbildning i användandet av DF Respons. 3.b Återkoppling resultat av utredningar på APT.
Ansvar för gemensamma resurser	4 Ekonomi i balans.	4. Resultat enligt eller bättre än budget och träffsäkra prognoser.	4. Budgetuppföljning med controller och DOC enligt ny modell-

### 17.2.4 Rehabilitering

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	1:a handsval för målgruppen	85%-ig patient-/deltagar-/brukarnöjdhet	Utveckla modell och arbetssätt för samskapande av rehabiliteringsprogram och arbetsintegrering
Stolta och engagerade medarbetare	Attraktiv arbetsgivare	Nöjda medarbetare, medarbetarindex minst 3,5	Följa upp och utvärdera framtagna arbetsmiljö-handlingsplanerna för verksamheterna och LG
Tillit och lärande	Utökat samarbete internt och externt	Klar kompetensinventering för området. Tre forum för kompetens- och erfarenhetsutbyte finns.	Genomför kompetensinventering för området. Modell för temadagar framtagna. Koncept för auskultation av verksamheter finns. Modell för professionsmöte framtagna.
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans. Optimera våra processer och arbetssätt.	Följa beslutade budgetmål.  Ständig förbättring av verksamhetens processer.  Utveckla digitalisering inom området.	Regelbunden uppföljning analys och åtgärd av det ekonomiska resultatet. Följa förbättringsplanerna framtagna för varje verksamhet. Införandet av nytt journalsystem för RC Mösseberg och RC TKH integrerade till andra system och nya arbetssätt.

			Implementering av nya arbets-sätt med koppling till digitali-sering på flera verksamheter.
--	--	--	--

### 17.2.5 Äldreomsorg & Hospice Götaland

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Öka registreringen av sociala avvikelser.	Antalet sociala avvikelser	Regelbunden återkoppling på LG-möten och Verksamhets-uppföljning.
Stolta och engage- rade medarbetare	Hälsofrämjande arbetsplatser (schema, delaktighet, kompetensutveckling, karriärstege).	Högre arbetsnärvaro än snittet i branschen. Fler sökande på våra annonser. Färre personer som slutar.	Uppföljning varje månad av sjukfrånvaro. Ta ut statistik med hjälp av HR ur Aditro.
Tillit och lärande	Godkänd Social dokumentation.	Aktuella Riskbedömningar och Genomförandeplaner samt dagliga anteckningar.	Granskning 1 gång per år. Stickprov 20%.
Ansvar för gemen- samma resurser	Utveckla samarbete inom och med flera driftområden gäl-lande bemanning, kompetens-utveckling och utbildare.	Kompetensportal på plats. Antal genomförda utbildnings-insatser av interna resurser. Samordnade utbildningsinsat-ser tex brand.	Skapa en kompetensportal som synliggör interna resurser. Fortsätta med gemensamma forum över driftområden.

### 17.2.6 Äldreomsorg Mälardalen

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Inkomna synpunkter ska doku- menteras.	90% av synpunkter som inkom- mer till verksamheterna ska do- kumenteras i DF Respons.	Utbildning och information till medarbetarna om hur syn- punkter ska tas emot. Vid be- hov även utbildning i systemet.
Tillit och lärande	Nöjda boende med inflyttnings- processen.	90% av boende som flyttar in på boende ska uppleva en bra inflyttningsprocess.	Arbeta utifrån Mälardalens in- flyttningsprocess. Uppföljning vid varje inflytt- ning Sammanställning 2ggr/år.
Tillit och lärande	Rättssäker dokumentation.	90% av genomförandeplaner ska det vara lätt att följa mellan insats och genomförande uti- från SoL och HsL.	Uppföljning genom doku- mentationsgranskning 2 ggr/år.
Stolta och engage- rade medarbetare	Fungerande teamarbete inom verksamheterna.	Alla verksamheter ska ha fun- gerande team.	Uppföljning genom intervjuer.
Ansvar för gemen- sammaresurser	Inköp görs utifrån inköpsporta- len och upprättade avtal.	100% följsamhet	Månadsvis uppföljning per verksamhet.



*Brücke*  
*diakoni*

