

Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2022

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022

för

Stiftelsen Bräcke diakoni

Bräcke diakoni Stockholm AB

Upprättad av

Sara Dahlin, verksamhetsutvecklare

Lena Jädefeldt Slattey, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Marie Bertilsson, socialt ansvarig samordnare

Thomas Schneider, utvecklingschef

© Bräcke diakoni - februari 2023

Innehåll

Sammanfattning.....	6
1 Inledning.....	7
2 Organisation och ansvar.....	8
2.1 Ledningssystemet.....	8
2.2 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.....	9
3 Strategier och handlingsplan.....	10
3.1 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i en föränderlig omvärld.....	10
3.2 Fokusområden.....	10
3.3 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling.....	11
3.4 Tillitsbaserad styrning.....	11
3.5 Stiftelseövergripande handlingsplan.....	11
4 Systematiskt förbättringsarbete.....	12
5 Riskanalyser.....	14
5.1 Riskanalyser på organisationsnivå.....	14
5.2 Riskbedömningar på individnivå.....	14
6 Egenkontroll.....	15
6.1 Kvalitetsdialog som internrevision.....	15
6.2 Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview.....	15
6.3 Externa revisioner och granskningar.....	16
6.4 Övriga datakällor.....	16
7 Avvikelsehantering.....	17
7.1 Avvikelser.....	17
7.2 Klagomål och synpunkter.....	19
8 Kunskap och kompetens.....	20
9 Samverkan och omvärldsbevakning.....	21
9.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående.....	21
9.2 Samverkan inom Bräcke diakoni.....	21
9.3 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare.....	21
9.4 Samverkan med andra samhällsaktörer.....	21
9.5 Forskningssamverkan.....	22
10 Idéburna innovationer.....	24
11 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....	25
12 Hållbarhet och miljö.....	26
13 Informationssäkerhet.....	28
14 Resultat.....	29
14.1 Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2022.....	29
14.2 Driftområdesspecifika insatser.....	30
14.3 Systematiskt förbättringsarbete.....	34
14.4 Kvalitetsdialog.....	34
14.5 Avvikelser.....	35
14.6 Patient/brukarupplevelse av våra insatser.....	42
15 Strategier och handlingsplan för det kommande året.....	44
15.1 Stiftelseövergripande handlingsplan.....	44
15.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner.....	45

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 2022 har vi fortsatt vårt arbete med att utveckla vår interna samverkan för att främja lärande och effektivitet inom hela organisationen. Vi har anpassat och integrerat strukturer som byggdes upp under coronapandemin såsom att fortsätta Bräcke forum, vilket är regelbundna möten mellan ledning, stödfunktioner och verksamhetschefer. Vi har under året även tagit fram en gemensam plattform för förbättringsarbete som används oavsett organisationsnivå, formaliserat vårt hygiennätverk med hygienombud och har uppdaterat strukturen i vårt BI-system Kvalitetsanalys för ökad användarvänlighet samt utökat med ytterligare data.

Vissa mål för 2022 har varit för omfattande för att uppfyllas helt under året men mycket har påbörjats och pilottestats. Vi har på flertalet sätt utvecklat vårt arbete med nyckeltal och genomfört pilottester inom månatliga kvalitetsuppföljningar med verksamheterna, kvalitetsgranskning av utvalda verksamheter, effektutvärdering av innovationsprojekt och framtagande av komprimerade kvalitetsdialoger vid uppstarten av nya verksamheter. Vi har fullt ut infört uppföljning av social dokumentation, där data presenteras i Kvalitetsanalys. Vi har utvecklat våra metoder för samkapande och testat att ha med en patientrepresentant i två av våra kvalitetsdialoger, med gott resultat¹. Under 2023 kommer arbetssätten kring såväl nyckeltal som samskapade kvalitetsdialoger att breddas till fler verksamheter. Vi kommer även att vidareutveckla förbättringsloggen som under året har införts på Insidan och genomföra förväntanssynk mellan drift och de två kvarvarande stödfunktionerna.

Utöver aktiviteter i handlingsplanen från 2022 har vi under året även tagit fram en ny modell för riskanalysarbetet, vilket under 2023 kommer att införas och spridas i såväl ledningsgrupper som stödfunktioner. Modellen har testats och används i vissa verksamheter för att bedöma säkerhetsrisker. Utifrån den nedåtgående trenden i avvikelsestatistiken hos enskilda verksamheter kommer vi att arbeta vidare med att upprätthålla en god avvikelsekultur genom insatser utefter behov. Vi kommer också göra en generell satsning på stöd för att öka registrering av risker och mindre avvikelser, dvs arbeta mer förebyggande.

¹ Lidström, A. 2023. [Kvalitetsdialog med brukarperspektiv](#). Bräcke diakoni. 14 s.

1 Inledning

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

Bräcke diakoni 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 sex regioner och ett 30-tal kommuner.

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)², patientsäkerhetslag (2010:659)³, hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)⁴, socialtjänstlag (2001:453) (SoL)⁵, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁶ samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (2010:800)⁷. Den följer också Sveriges landsting och regioners (SKR) mall för patientsäkerhetsberättelser⁸ 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.

² [SOSFS 2011:9](#)

³ [SFS 2010:659](#)

⁴ [SFS 2017:30](#)

⁵ [SFS 2001:453](#)

⁶ [SFS 1993:387](#)

⁷ [SFS 2010:800](#)

⁸ [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)

2 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: Hälsa & Vård, Psykiatri & Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Barn & Unga, LSS-boende.

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), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällesfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp (LG).

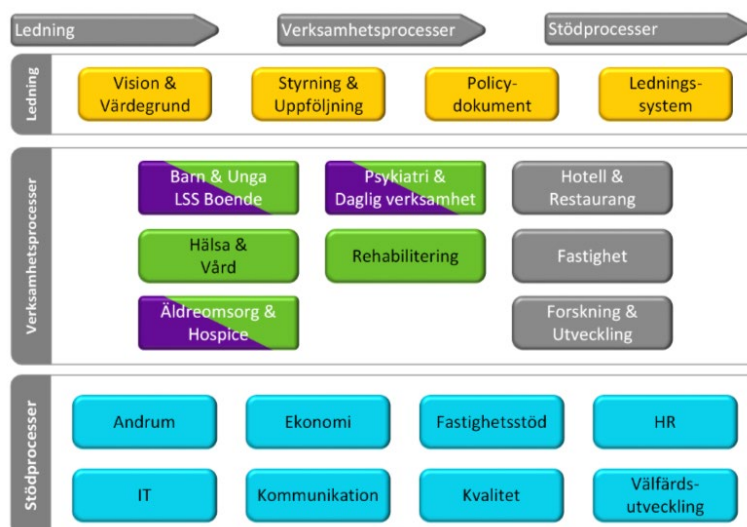
I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling.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

2.1 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.



Figur 1. Start sida för Bräcke diakonis processorienterade ledningssystem.

2.2 Årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Det gemensamma arbetet med de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna har fortsatt under 2022. 35 verksamheter har skrivit sina egna berättelser. Kvalitetsavdelningen har bidragit med att ta fram mallar genom att utveckla webbverktyget och sammanställa kvalitetsdata. Med utgångspunkt i dessa data har sedan alla verksamhetschefer, ofta tillsammans med kvalitetsombuden, analyserat sina resultat och tagit fram strategier för utvecklingsarbetet för 2023.

De enskilda verksamheternas berättelser används i kontakt med beställare och andra externa intressenter. Berättelserna följs upp under årets kvalitetsdialog (se kap 6.1) 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.

3 Strategier och handlingsplan

Sedan 2019 har stiftelsen en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning. Gemensamt lärande och spridning av goda exempel är viktiga delar i detta arbete, liksom att säkra att relevant kompetens för verksamheten inte är beroende av enstaka medarbetare. Utvecklingsarbetet struktureras utifrån våra fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser. Strategin och den nya organisationsstrukturen har visat sig utgöra en bra grund när senaste årens krissituationer i världen ständigt utmanat vår flexibilitet.

3.1 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i en föränderlig omvärld

Under coronapandemin lärde vi oss att snabbt ställa om och möta nya utmaningar i samhället utan att riskera vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vi utvecklade vår interna samverkan mellan ledning, verksamheter och stödfunktioner, skapade effektiva strukturer för att inhämta ny kunskap och implementera densamma och förfinade hur vi arbetar systematiskt med riskanalys och uppföljning. Dessa rutiner och arbetssätt har vi fortsatt nytta av. 2022 har präglats av nya kriser i form av krig, hot om elbrist och stigande inflation och nu fortsätter vi utveckla våra arbetssätt och processer när vi på nytt ställer om för att ta oss igenom en ännu kris.

3.2 Fokusområden

Bräcke diakonis strategiska utvecklingsarbete styrs utifrån fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser, där speciellt de tre första är tätt relaterade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet (Fig. 2). *Diakoni i praktiken* kopplar till det praktiska arbete som utförs för dem vi finns till för, utifrån deras behov. *Tillit och lärande* fokuserar på öppenhet, tillit och ett ständigt lärande och kunskapsutveckling. Vi vill ha *stolta och engagerade medarbetare* som är med och driver kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet framåt. Det är samtidigt viktigt att *ansvara för våra resurser* så att vi får ut högsta möjliga kvalitet ur det vi gör.



Figur 2. Fokusområden i Bräcke diakonis övergripande strategi för ett medmänskligare samhälle

3.3 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling

Flera tvärprofessionella och tvärfunktionella team har satts samman för att ta vara på Bräcke diakonis breda kompetens och erfarenhet. Nedan följer några exempel:

Bräcke forum är en digital mötesplats som startade under pandemin och som leds av driftchefen. I forumet samlas alla verksamhetschefer varannan vecka för information från ledning och stödfunktioner gällande aktuella frågor och händelser inom stiftelsen. Varje möte avslutades med en frågestund, där verksamheternas behov lyssnas in.

Patient- och brukarsäkerhetsråd. Utifrån att dem vi finns till för sällan identifierar sig som antingen patient (enligt HSL) eller som brukare (enligt SoL/LSS), har vi identifierat behovet av ett gemensamt patient- och brukarsäkerhetsråd. Rådet är till för att stödja och utveckla patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen samt att öka kunskap om allvarliga missförhållanden och händelser exempelvis vårdskador. Rådet träffas fyra gånger per år och består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef, vilket leder till en gemensam hög kompetens och stärker patient- och brukarsäkerhetskulturen.

Förväntanssynk är ett arbetssätt att bryta stuprörsstrukturen och skapa samsyn. Olika grupper delar sina förväntningar på varandra och löser problem ihop utifrån olika områden, exempelvis har driftledningen och de olika stödfunktionerna förväntanssynk gällande ansvar och roller i olika tvärgående frågor. Förutom att minska risken för fel så har det också ökat samarbetet generellt inom stiftelsen.

3.4 Tillitsbaserad styrning

Bräcke diakoni arbetar mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Sedan tidigare har varje verksamhet identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måloppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå. Under 2022 har fyra pilotverksamheter utvecklat en månadsuppföljning av kvalitetsmål tillsammans med kvalitetsavdelningen, för att skapa ytterligare samsyn och utbyta kunskap. Kvalitetsavdelningen deltar även regelbundet i driftområdesledningsgrupper, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta relevanta frågor såsom, avvikelser, patient/brukarsäkerhet med alla chefer inom ett driftområde. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och lärande.

3.5 Stiftelseövergripande handlingsplan

Med utgångspunkt i 2021 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och våra fyra fokusområden fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2022 på ett antal mål och handlingsplaner på stiftelse- och driftområdesnivå. Dessa presenteras och följs upp i kap 14.1 och 14.2 och de kvalitetsmål och strategier som är satta för 2023 utifrån denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse presenteras i kap 15.

4 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.

Under de senaste åren, och under större delen av 2022, har vi använt två varianter av systematisk förbättringsarbetsmetodik; *Förbättringskraft* och *Resultatorienterad styrning (ROS)*.

Förbättringskraft är ett kombinerat kompetens- och utvecklingsprogram inom kvalitetsförbättring på verksamhetsnivå som Bräcke diakoni har arbetat med i över 10 år och som utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*⁹. Tvärprofessionella team arbetar 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. Över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni har deltagit och mer än 120 personer har kunskap om att leda förbättringsteam till mätbara förändringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

ROS utgår från samma principer och metoder som Förbättringskraft men är upplagd som stöd för ett kontinuerligt förbättringsarbete som 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.

Under 2022 har dessa två koncept gifts ihop till en gemensam plattform för ständiga förbättringar under namnet *Förbättringskraft* med en gemensam struktur, verktyglåda och språkbruk. *Förbättringskraft* består av ett vardagsnära stöd för att genomföra förbättringar samt ge kompetensutveckling för förbättringsledare och medarbetare och drivs i teamform. Arbetet utgår från ett teamuppdrag som baseras på identifierade behov utifrån de fyra fokusområdena. Teamuppdragen är kopplade till varandra och genom hela organisationen i en röd tråd i syfte att klargöra ansvar och förhindra luckor/gap gällande ansvarsområden och risk för dubbelt ansvar inom något område. En handbok har tagits fram och åtta medarbetare har utbildats i en intern processledarutbildning. Processledarna leder teamens förbättringsprocess. Under slutet av 2022 fanns ett 10-tal förbättringsteam med interna processledare, teamen finns på olika nivåer i stiftelsen och består av ledningsgrupper, sammansatta team

⁹ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

som arbetar med gemensamma frågor över flera verksamheter eller driftområden samt team i verksamheter som arbetar med ett enskilda förbättringar.

5 Riskanalyser

5.1 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 och ge en säker vård och omsorg. 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 och riskmedvetenheten ökar.

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.

5.2 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 för att bedöma och hantera risken för fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion eller BPSD-registret för att hantera beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. 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.

6 Egenkontroll

6.1 Kvalitetsdialog som internrevision

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra relevanta medarbetare från verksamheten. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. 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. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Genom sitt aktiva fokus på patientsäkerhet och mått på kvalitetsmognad överlappar den delvis säkerhetskulturtrappan A-E, vilket är ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetskultur. Utöver skattningen fångas aktuella utvecklingsfrågor upp; under 2022 har det handlat om behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och elavbrott. 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 kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 3.



Figur 3. Kvalitetsårshjulet

6.2 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 två olika datakällor (DF Respons och Treserva), nationella brukar- och patientenkäter (Kolada, Nationell patientenkät), nationella kvalitetsregister (Senior alert, Svenska Palliativregistret), data från vår interna Kvalitetsdialog, årliga mätningar

på hygienkultur och våra strategiska fokusområden, se nedan. Kvalitetsanalys layout har under 2022 uppdaterats för enklare navigering och möjlighet att tillgängliggöra ytterligare data såsom egenkontroll för social dokumentation.

6.3 Externa revisioner och granskningar

Under 2022 har flera av våra verksamheter rutinmässigt reviderats externt av beställare, främst genom avtalsuppföljningar.

En del av verksamheterna har haft inspektion av Arbetsmiljöverket som en del av deras EU-kampanj "Friska arbetsplatser belastar rätt" 2020-2022 med fokus på belastningsergonomiska arbetsförhållanden och särskilt på personförflyttning.

Apoteket ABs kvalitetsgranskningar för att utveckla och säkra vår läkemedelshantering har genomförts i digital form under året. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året även genomfört sin årliga frekvenstillsyn av vårt barn- och ungdomsboende. Under året har IVO inlett ett tillsynsärende med anledning av att de mottagit synpunkter på en av våra verksamheter. Detta ärende pågår fortfarande och vi inväntar IVO:s beslut.

De externa revisionerna gav värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens.

6.4 Övriga datakällor

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

Brukar-/patient-/kundundersökningar

- Socialstyrelsens och SKRs nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet samt nationella patientenkäten inom primärvården.
- Specialpedagogiska skolmyndighetens (SPSM) nationella undersökningar
- Patientundersökningar i VGR för externa rehabiliteringsprogram
- Egna undersökningar bl.a. 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)
- MUNIN och HUGIN (Västra Götalandsregionens uppföljning av primärvård och primärvårdsrehab).

7 Avvikelsehantering

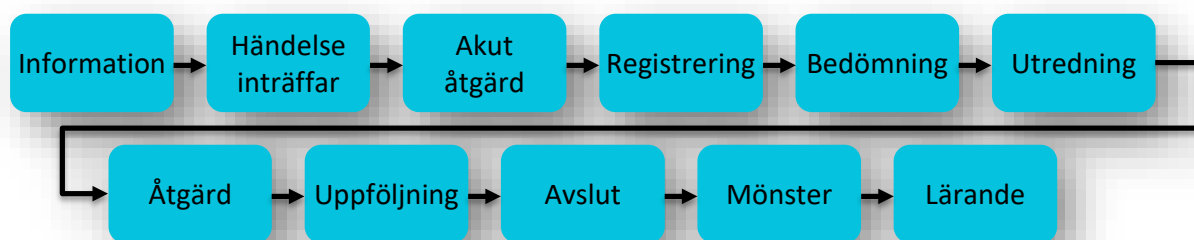
7.1 Avvikelser

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. Under 2022 har även en månadsrapport med avvikelsestatistik tagits fram per verksamhet för att underlätta arbetet med kommunikation kring avvikelser, t.ex. på APT.

All personal har 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 har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket 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:



7.1.1 Lex Sarah

Missförhållanden eller påtagliga 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

avvikelsen. 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)¹⁰. 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.

7.1.2 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)¹¹. 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)¹². 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.

¹⁰ [SOSFS 2011:5](#)

¹¹ [HSLF-FS 2017:41](#)

¹² [SOSFS 2008:1](#)

7.2 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 närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården¹³. 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.

¹³ [SFS 2017:372](#)

8 Kunskap och kompetens

Varje verksamhet är ansvarig för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget och avtalet kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. 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 systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Interna webbutbildningar med kunskapstester inom AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik och miljö och hållbarhet.
- Vissa verksamheter håller även i interna utbildningstillfällen till den egna och övriga verksamheter inom Bräcke diakoni, såsom t.ex. Durewallmetoden för mjukt självskydd.
- Externa utbildningar plockas kontinuerligt in i verksamheternas kompetensutvecklingsinsatser. Exempelvis använder verksamheterna inom äldreomsorg utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

Under 2022 har vi startat upp en digital resursbank där verksamheter kan samverka genom att låna/låna ut såväl saker som personalkompetens för att utveckla verksamheten och täcka behov av exempelvis vikarier. För att både synliggöra och tillgängliggöra befintlig kompetens mellan verksamheterna utvecklas nu även en intern kompetensbank, där de olika kompetenserna beskrivs.

9 Samverkan och omvärldsbevakning

9.1 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 majoriteten av våra verksamheter finns särskilda forum och råd för brukare, patienter eller närstående och de flesta har återupptagits efter att ha pausats under coronapandemin. 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.

9.2 Samverkan inom Bräcke diakoni

Bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen. Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Medarbetarna i verksamheterna är också delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system.

9.3 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

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. Vi 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. För att förebygga vårdskador har vi läsbehörighet till andras journalsystem, vilket underlättar kommunikation och stärker patientsäkerheten. Samverkan sker på olika nivåer, för individen genom exempelvis SIP, för organisationen genom nätverk och övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl.

9.4 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, Omställningen till Nära vård 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 Allmänna 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.

9.5 Forskningssamverkan

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

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

Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällesfrågor med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett 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 evidensbaserings inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserings 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 forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik.

10 Idéburna innovationer

Bräcke diakoni har sedan start utvecklat innovativa verksamheter, metoder och kunskapsområden. Under senare år har flera sådana projekt finansierats med stöd av Allmänna arvsfonden där delaktighet och inflytande av projektens primära målgrupp är ett krav. 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 2022 har följande utvecklingsprojekt varit aktiva:

- Bräcke projekt Trialog – 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 – utvecklat appen Reda 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

Under projektens gång genomförs flera utvärderingar kring delmoment, men då främst för att få direkt feedback på innehåll och utformning. Eftersom syftet med projekten är att utveckla arbetssätt som kommer målgruppen till gagn så ser vi även ett behov av att utvärdera effekten av de insatser som tas fram och erbjuds målgruppen. Bräcke diakoni har därför under 2022 utformat en effektrapporteringsmall, där projekten genom en förändringsteori och upprepade kvantitativa och kvalitativa mätningar utvärderas utifrån vilka effekter som förväntas uppnås för målgruppen, exempelvis ökad trygghet. Nivån av samskapande i olika projektsteg utvärderas också och projektet beskrivs utifrån ett hållbarhetsperspektiv enligt de 17 globala målen i Agenda 2030. Hela eller delar av mallen används både i nya projektansökningar som för uppföljning och spridning av pågående eller genomförda projekt.

11 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.

12 Hållbarhet och miljö

Bräcke diakoni arbetar integrerat med hållbarhet och miljö. Vi ser att de olika hållbarhetsperspektiven är sammanflätade och påverkar varandra, där god hållbar utveckling för sociala och ekonomiska perspektiv ger goda resultat för miljöarbetet. Vi är miljödiplomerade sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Utöver diplomeringsstandarden från Svensk Miljöbas, följer vi de krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma. Det är en tydlig trend att specifika miljökrav skrivs in i nya verksamhetsavtal. Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Tillsammans utgör miljösamordnaren och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Vårt hållbarhetsarbete utgår från ISO 26000 - den globala standarden som tar ett helhetsgrepp på hållbar utveckling och sedan 2017 skriver vi en årlig hållbarhetsrapport där vårt arbete med ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet redovisas. I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår egen webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomför vi regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Vi tror att hållbarhetsperspektiven på sikt sammanflätas ännu tydligare vilket kommer att betyda förändringar i arbetssätt och organisation. Ett möjligt exempel är att våra miljöombud blir hållbarhetsombud och får ett bredare perspektiv i sin roll.

Vi arbetar systematiskt med att minska vår miljöbelastning och har aktiviteter för att nå målen:

- Egenkontroller och uppföljningar för att minska miljöbelastning av energianvändning och restprodukter. Exempelvis genom tydliga rutiner för och uppföljning av farligt avfall.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- Vi arbetar organisationsövergripande med miljökommunikation och kompetens.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Vi reser i första hand med tåg. Vår fordonspark ska bli mindre fossilberoende i takt med att möjligheterna ges med infrastrukturen. Vi minskar påverkan av våra arbetsresor genom att prioritera resfria möten med telefon och webbmöten.
- Användning av avvikelshanteringssystem för miljöavvikelser.
- 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 2022 har vi fokuserat på energieffektiviseringsåtgärder och på riktlinjer som ska göra våra inköp mer cirkulära.
 - En projektgrupp startats för att skapa tydliga styrdokument, rutiner och förhållnings-sätt för cirkularitet, främst för möbler och inventarier, och därmed ge verksamhet-erna ett reellt stöd i sina inköp.
 - Inköbspolicy och rutin har uppdaterats med riktlinjer om att cirkulerade produkter och inventarier ska vara ett förstahandsval.
 - Vår verksamhet Bräcke arbetsintegrering Göteborg jobbar med cirkularitet i Göte-borgsområdet. De har numer en tydlig förteckning över vad som finns i våra lager, tillgänglig för verksamheterna, liksom statistik på vad som cirkuleras. Omsättningen överträffar alla våra förväntningar och Bräcke arbetsintegrering Göteborg är vårt tyd-ligaste exempel på hållbarhetsarbete inom såväl miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet genom att vi återanvänder möbler och inventarier med hjälp av männi-skor som är i arbetsträning och sparar pengar på samma gång.

13 Informationssäkerhet

Under 2022 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Påbörjat arbete med egenkontroll för informationssäkerhet
- Beslutat om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer.

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 6 gånger under året.

14 Resultat

14.1 Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2022

I förra årets kvalitetsberättelse identifierades ett antal kvalitetsmål för 2022. Nedan sammanfattar vi åtgärder och måluppfyllelse för dessa. Måluppfyllelse redovisas i procent där färgerna står för 0-25 = röd, 26-74 = gul och 75-100 = grönt.

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
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 arbetssätt/metoder för stiftelsen	Påbörjat att utveckla formerna. Testat arbetssätten i kvalitetsdialogen.	60%
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	Förbättringar syns på Insidan men loggen behöver utvecklas	50%
Tillit och lärande	Utveckla arbetssätt för strukturerad verksamhets- och projektuppföljning och egenkontroll inom de fyra fokusområdena	Tagit fram och förankrat arbetssätt för verksamhets- och projektuppföljning och egenkontroll	- Samverka med driftledningen och projektavdelning kring uppföljning av nyckeltal - Synliggöra nyckeltal för fokusområden	- Effektutvärderingar projekt påbörjat - Månadsuppföljningar inom kvalitetsområdet testas. - Modell för minidialog framtagna. - Kvalitetsgranskning i utvalda verksamheter - Egenkontroll för social dokumentation framtagna	50%
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		100%
Tillit och lärande	Förstärkt arbete med basal hygien	Alla verksamheter har utsedda hygienombud	Formalisera hygienombud och starta hygien nätverk		100%
Tillit och lärande	Medarbetare ska lätt hitta sina resultat	Testa nya strukturen med minst tre verksamhetschefer.	Uppdatera strukturen i Qlikview		100%
Ansvar för gemensamma resurser	Effektivisera samverkan mellan stödfunktioner och driften	Ha genomfört förväntanssynk med alla stödfunktioner	Förväntanssynk och uppföljningar genomförs	Genomfört i 5 av 7 stödfunktioner.	71%

14.2 Driftområdesspecifika insatser

Nedan följer en sammanställning av de insatser som har gjorts under 2022 utefter de mål som sattes för året i 2021 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse (se Kap. 3). Målluppfyllelse redovisas i procent där färgerna står för 0-25 = röd, 26-74 = gul och 75-100 = grönt.

14.2.1 Barn & Unga, LSS-boende

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Måluppfyllelse
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.	- Ta fram grundutbildning i AKK - Inrätta metodstöd för AKK i driftområdet.	- Digital grundutbildning + kunskapstest finns och används kontinuerligt av verksamheterna. - Övergripande metodstöd inte på plats, men stöd ges av logoped och stödpedagoger.	100% 75%
Stolta och engagerade medarbetare	Det finns en tydlig tråd mellan stiftelsens värdegrund och våra verksamheter som skapar inspiration och engagemang hos våra medarbetare.	Medarbetarenkäten Engagemangsindex större än 85 i alla verksamheter.	Ta fram aktiviteter i driftområdets ROS-arbete.	Samarbete med Andrum, alla verksamheter har deltagit i värdegrundsworkshop. Medarbetarenkäten visar på stort engagemang i våra verksamheter.	100%
Stolta och engagerade medarbetare	Vi har en kunskapsplattform för intern utbildning	Finns kunskapsplattform?	Utgå ifrån de valda metoderna i LSS konceptet.	Kunskapsplattform framtagen.	100%
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?	Arbetsgruppen för LSS-koncept fortsätter och arbetar med att visualisera konceptet samt att ta fram grundutbildningar inom valda metoddelar.	Koncept finns och vi jobbar vidare med arbetsgrupp för att kontinuerligt utveckla.	100%
Tillit och lärande	Vi har väl utarbetade rutiner och arbetssätt för skydds- och begränsningsåtgärder samt dokumentationsgranskning	- Rutiner framtagna - Rutiner implementerade	Uppdatera och implementera de rutiner som finns.	Rutiner finns. Vi har erbjudit webinarium för alla verksamhetschefer och nyckelpersoner. Osäker på hur implementerat arbetet är på verksamhetsnivå.	75%
Ansvar för gemensamma resurser	Hålla övergripande budgetmål	Månadsresultat för hela DO	Resultatuppföljningar månadsvis.	Månadsvis uppföljning av resultat med controller. Stora förändringar orsakar i flera verksamheter svårighet att hålla budgetmål	25%

14.2.2 Hälsa & Vård

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentar	Mål-uppfyllelse
Diakoni i praktiken	Vi ska öka antalet listade patienter	Listning	Marknadsföringsprojekt		100%
Tillit och lärande	Vi ska införa patientråd på minst tre av våra vårdcentraler	Antal verksamheter som arbetar med patientråd	Vi ska implementera det upplägg som vi har tagit fram 2021		100%
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		100%
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		100%

14.2.3 Psykiatri & Daglig verksamhet

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Mål-uppfyllelse
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		75%
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 Falkenberg och Mellangården		100%
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		100%
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		100%

14.2.4 Rehabilitering

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Mål-uppfyllelse
Diakoni i praktiken	1:a handsval för målgruppen	85%-ig patient-/deltagar-/brukarnöjdhet	Utveckla modell och arbetssätt för samskapande av rehabiliteringsprogram och arbetsintegrering	Arbetsintegrering har utvecklat en modell för samskapande som gett mycket positiva resultat. Även framtagning av modeller för samskapande har börjat testas på våra Rehab centra.	65%
Stolta och engagerade medarbetare	Attraktiv arbetsgivare	Nöjda medarbetare, medarbetarindex minst 3,5	Följa upp och utvärdera framtagna arbetsmiljöhandlingsplanerna för verksamheterna och LG	Vi har följt upp framtagna arbetsmiljöplanerna i enighet med SAM-årshjulet.	75%
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.	- Detta område har lyfts till ett arbete som gäller för alla driftområden. - Kartläggningen är klar och en plan för hur skapa forum för kompetens- och erfarenhetsutbyte finns framtagna.	50%
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 arbetssätt med koppling till digitalisering på flera verksamheter.	En uppföljning av den ekonomiska utvecklingen för varje verksamhet sker månadsvis. Där en analys och prognos tas fram av driftområdeschef, verksamhetschef och controller.	100%
Diakoni i praktiken	Digitalisering	Utveckla digitalisering inom området.	- Införandet av nytt journalsystem för RC Mösseberg och Treklöverhemet integrerade till andra system och nya arbetssätt. - Implementering av nya arbetssätt med koppling till digitalisering på flera verksamheter.	- Nytt journalsystem för RC Mösseberg och RC TKH är implementerat. - Vilka digitala tjänster vi kan erbjuda är identifierade. Nästa steg blir att finna rätt system.	75%

14.2.5 Äldreomsorg Götaland

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Mål-uppfyllelse
Diakoni i praktiken	Öka registreringen av sociala avvikelser	Antalet sociala avvikelser	Regelbunden återkoppling på LG-möten och Verksamhetsuppföljning.		20%
Stolta och engagerade 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 ut Aditro.	I vissa verksamheter har vi fortsatt mycket stora utmaningar, tex legitimerad personal, men även usk i hemtjänst.	50%
Tillit och lärande	Godkänd Social dokumentation	Aktuella Riskbedömningar och Genomförandeplaner samt dagliga anteckningar.	Granskning 1 gång per år. Stickprov 20%.	Har ej genomförts	0%
Ansvar för gemensamma resurser	Utveckla samarbete inom och med flera driftområden gällande bemanning, kompetensutveckling och utbildare.	- Kompetensportal på plats. - Antal genomförda utbildningsinsatser av interna resurser. - Samordnade utbildningsinsatser tex brand.	- Skapa en kompetensportal som synliggör interna resurser. - Fortsätta med gemensamma forum över driftområden.	Kompetensportal finns och har börjat användas. Vi har även påbörjat gemensamma utbildningar inom Bräckeområdet.	100%

14.2.6 Äldreomsorg Mälardalen

Fokus-område	Mål	Mätvärde	Aktivitet	Åtgärder/kommentarer	Mål-uppfyllelse
Diakoni i praktiken	Inkomna synpunkter ska dokumenteras	90% av inkomna synpunkter ska dokumenteras i DF Respons	Utbildning och information till medarbetarna om synpunktshantering.		100%
Tillit och lärande	Nöjda boende med inflyttningsprocessen	90% av boende som flyttar in på boende ska uppleva en bra inflyttningsprocess	- Arbeta utifrån Mälardalens inflyttningsprocess. - Uppföljning vid varje inflyttning - Sammanställning 2ggr/år	Fortsätta med detta mål 2023	75 %
Tillit och lärande	Rättssäker dokumentation	I 90% av genomförandeplaner ska det vara lätt att följa insats och genomförande (SoL och HSL)	Uppföljning genom dokumentationsgranskning 2 ggr/år	Dokumentationsutbildning i samband med nytt journalsystem	100%
Stolta och engagerade medarbetare	Fungerande teamarbete inom verksamheterna	Alla verksamheter ska ha fungerande team	Uppföljning genom intervjuer	Behöver arbetas vidare med år 2023	75 %
Ansvar för gemensamma resurser	Inköp görs utifrån inköpsportalen och upprättade avtal	100% följsamhet	Månadsvis uppföljning per verksamhet	Samordning och följsamhet på plats, kvarstår några enstaka produkter.	100 %

14.3 Systematiskt förbättringsarbete

Samtliga driftområdens ledningsgrupper (DOLG) arbetar nu i enlighet med Förbättringskraft och flera verksamheter arbetar med sina lokala förbättringsbehov på motsvarande sätt.

Arbetet med att utbilda interna processledare pågår och i slutet av 2022 fanns ett 10-tal förbättringsteam med interna processledare. Några exempel på förbättringsarbeten på driftområdes- och övergripande nivå under 2022 presenteras här:

- 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.
- Ett gemensamt team som arbetar med att skapa bättre stöd och hjälp i rekrytering. I många verksamheter lägger vi mycket tid på rekrytering av vikarier vilket tar tid från annan nödvändig utveckling av verksamheterna.
- IT-avdelningen arbetar med förbättringar och förändringar i organisation i enlighet med modellen.

14.4 Kvalitetsdialog

Under 2022 har kvalitetsavdelningen genomfört 35 dokumenterade kvalitetsdialoger. En tre-gradig skala har använts där verksamhetsföreträdare tillsammans med kvalitetsavdelningen bedömer drygt 60 frågor kring verksamhetens kvalitetsarbete. I Tabell 1 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. Som en del av Stiftelsens arbete med att utveckla samskapande med de vi finns till för har vi under 2022 bjudit in spetspatienter/brukare till kvalitetsdialogen. Testet utvärderades i en intervjustudie med positiva resultat och viktiga insikter.

Resultaten visar att verksamheterna har generellt ett mycket gott kvalitetsarbete i majoriteten av de områden som innefattas i dialogen (grönmarkerad). Enbart fyra delområden är gulmarkerade, vilket är en indikation på att det här finns förbättringspotential att fokusera på. De flesta verksamheter använder det digitala ledningssystemet där många verksamheter har sina styrdokument på plats och medarbetarna använder systemet i det dagliga arbetet. Riskanalyser och avvikelshantering är arbetsätt som är väl inarbetade i våra verksamheter, även om de flesta verksamheter fortfarande har arbete att göra med att registrera synpunkter digitalt. Resultatet för avvikelser är gulmarkerat eftersom flertalet verksamheter inte återkopplar sin avvikelsestatistik regelbundet till sina medarbetare, för analys av mönster och trender. Detta är en ny fråga 2022 och baseras på att verksamheterna sedan våren 2022 får ut sin avvikelsestatistik i en färdig presentation en gång per månad.

Tabell 1. Kvalitetsmognad i organisationen (Skala 1-3).
Medelvärde av alla verksamheters skattning från kvalitetsdialogen (n=35).

Område	Kvalitetsdialog 2022		
	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,8	2,7	2,7
2. Riskanalyser	2,9	2,8	2,9
3. Avvikelsehantering	3,0	2,7	2,5
4. Egenkontroll	2,7	2,7	2,8
5. Kunskap och kompetens	2,4	2,9	2,9
6. Samverkan	2,0	2,5	3,0

Egenkontrollerna fick under 2020 och 2021 stå tillbaka till förmån för hanteringen av coronapandemin, men fungerar nu återigen väl, med fortsatt goda resultat. Kunskap och kompetens är generellt hög i verksamheterna och det lägre värdet på strukturen härrör från att flertalet verksamheter ännu inte har någon person som arbetar med frågor om digital kompetens utöver verksamhetschefen. Under 2023 kommer dock alla verksamheter att utse IT-ombud, varvid måttet förväntas förbättras. Samverkan har varit ett förbättringsområde för 2021 och de flesta verksamheter som kan genomföra brukar-/patientråd i sina verksamheter har det på plats eller på gång, men när kvalitetsdialogerna genomfördes under sommaren/hösten satte coronapandemin fortfarande stopp för många av dem. Detta ger följder på processen, där förbättringsarbete därigenom inte heller har genomförts i tillsammans med målgruppen. Den samverkan som genomförts har gett resultat.

14.5 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.

14.5.1 Antal avvikelser och synpunkter

Antalet avvikelser har minskat jämfört med både 2021 och 2020 (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 avvikelse typer per händelse var flest under 2021, precis som antalet avvikelser (2020: 1,27; 2021: 1,37; 2022: 1,24) och kan förklara en del av den variation vi ser över åren.

Ser man på enskilda driftområden så har en stor nedgång skett i driftområde Barn & Unga, LSS-boenden, vilket delvis kan förklaras med att vi i år drivit färre antal boenden än tidigare år. Ytterligare har avvikelserna på vårt LSS-boende för barn och unga minskat markant efter att nya arbetssätt kring avvikelser infördes. Detta arbetssätt behöver utvärderas.

Inom Hälsa & Vård har antalet avvikelser minskat generellt, men variationen är hög mellan verksamheterna. Medan vissa har en viss uppgång i antalet avvikelser som anses bero på ökad medvetenhet kring avvikelshantering, har andra en nedgång som kan bero på olika saker såsom att vissa avvikelser hanteras i externa system i regionen eller hög arbetsbelastning men också att förbättringsarbete kring exempelvis dokumentation har lett till färre avvikelser.

Inom Psykiatri & Daglig verksamhet har vi precis som 2021 utökat med ytterligare en verksamhet. Ökningen i antal avvikelser kan dock främst förklaras av att vissa verksamheter har fokuserat aktivt på sin avvikelserregistrering, vilket har gett god effekt. Noterbart är att det har skett en ökning av rapportering av risker, dvs där ingen avvikande händelse har inträffat, vilket visar på en utveckling inom förebyggande arbete.

Inom Äldreomsorg & Hospice har något färre avvikelser rapporterats in under 2022 än 2021. Specifikt har fallavvikelserna fortsatt minska, medan läkemedelsavvikelserna har ökat under slutet av året, vilket till stor del kan kopplas till enskilda händelser i vissa verksamheter. Dessa händelser har utretts enligt lex Maria och hanterats i verksamheterna. Minskade läkemedelsavvikelser fortsätter dock vara ett fokus för flera verksamheter under 2023.

Tabell 2. Antal avvikelser och synpunkter inom Bräcke diakoni 2020 – 2022.

Driftområden	2020	2021	2022
Barn & Unga, LSS-boende	1 233	1 302	514
Hälsa & Vård	460	488	352
Psykiatri & Daglig verksamhet	108	146	208
Rehabilitering	172	136	133
Äldreomsorg & Hospice	1 586	1 859	1 790
Övriga	20	19	9
Antal avvikelser per år	3579	3950	3006
Avvikelser per helårsarbete	4,35	5,10	3,24
Antal synpunkter	196	388	290

Under 2022 registrerades fler synpunkter än 2020, men färre än 2021, där vi hade ett stort antal synpunkter kopplade till coronapandemin (Tab. 2). Ökningen jämfört med 2020 kan bero på att flertalet verksamheter har arbetat aktivt med öka antalet registrerade synpunkter. Under 2022 har verksamheterna fått tillgång till sammanställd synpunktsdata i Qlikview, vilket underlättar uppföljningen. Arbetet med synpunktsregistrering kommer att fortsätta under 2023.

14.5.2 Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under 2022 har 42 utredningar genomförts enligt lex Sarah och lex Maria samt 12 personuppgiftsincidenter enligt Dataskyddsförordningen. Av dessa har 11 ärenden anmälts till IVO samt 5 till Integritetsskyddsmyndigheten (Tab. 3). Detta är en dryg halvering av antalet genomförda lex Sarah och Maria utredningar där minskningen av lex Sarahutredningar är störst. Det speglar också hur antalet inkomna avvikelser minskat under året. Vid närmare analys framkommer att de LSS boenden som avslutades under 2021 utgjorde 33 % av samtliga lex Sarah utredningar genomförda 2021. Vidare genomfördes 40 % av alla lex Sarah utredningar på vårt LSS boende för barn och unga. Motsvarande siffra för 2022 är 31 % och behöver förstås utifrån att det totala antalet inkomna avvikelser minskat påtagligt i verksamheten.

Tabell 3. Antal allvarliga avvikelseärenden inom Bräcke diakoni under 2020 – 2022 som har utretts respektive anmälts till myndighet i enlighet med gällande regelverk.

Lex Maria	2020	2021	2022
Utredningar	27	41	29
varav risker för vårdskada	8	3	4
varav vårdskador	1	3	4
Anmällda till IVO	9	6	8
Lex Sarah	2020	2021	2022
Utredningar	23	45	13
varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	0	1	1
varav allvarliga missförhållanden	3	5	2
Anmällda till IVO	3	6	3
Medicintekniska produkter	2020	2021	2022
Utredningar	0	3	1
Anmällda till Läkemedelsverket	0	2	1
Personuppgiftsincidenter	2020	2021	2022
Utredningar	11	15	12
Anmällda till Integritetsskyddsmyndigheten	6	6	5

Vid närmare analys av det som inträffat synliggörs vissa återkommande mönster. I lex Sarah-utredningarna är det återkommande att vikarier har varit involverade i det inträffade. I flera fall visar utredningarna att vikarierna inte fått tillräcklig introduktion och/eller tillräcklig information om hur arbetet ska utföras. Även brister i ledarskapet är förekommande i flera utredningar och handlar då bl.a. om förmåga att prioritera samt att hantera konflikter.

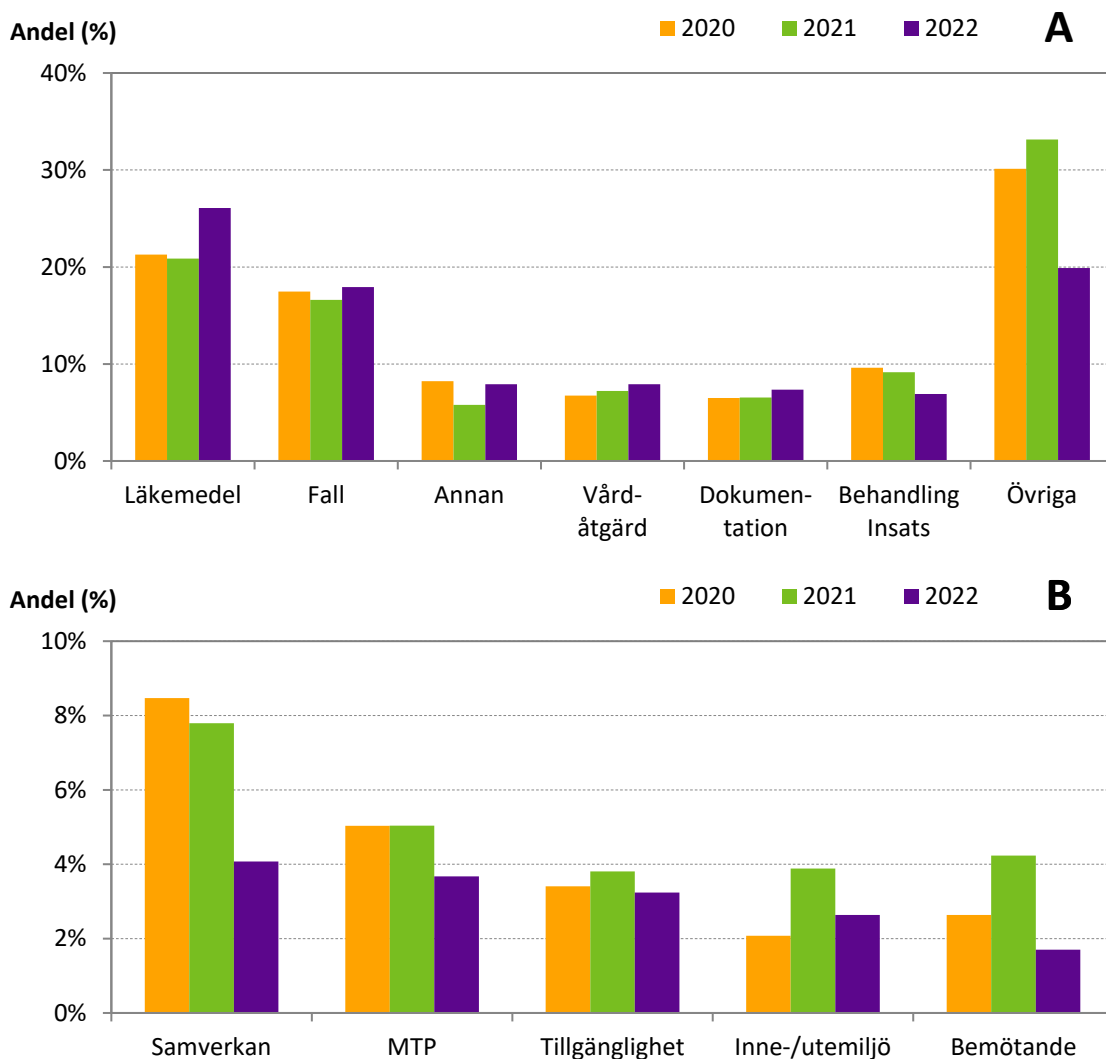
IVO har avslutat två lex Sarah-ärenden med bedömningen att huvudmannen "har fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet i enlighet med LSS och SoL samt har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade, vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen". I en av lex Sarah ärendena har IVO ännu inte meddelat beslut.

Av totalt åtta lex Maria anmälningar har tre 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.” Fem ärenden är fortfarande under utredning hos IVO. Integritetsskyddsmyndigheten har efter granskning beslutat att avsluta alla ärenden utan ytterligare åtgärd.

14.5.3 Avvikelse typer

I Figur 4 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 4. Andel av de vanligaste avvikelse typerna under 2020-2022 (A). Övriga avvikelse typer (> 2 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

Över lag har *antalet* avvikelser i alla kategorier minskat jämfört med föregående år, men i vissa kategorier har *andelen* avvikelser ökat. Som i många liknande vård- och omsorgsverksamheter är de vanligaste orsakerna för avvikelser *hanteringen av läkemedel* och *fall*, och utgjorde under 2022 tillsammans knappt 45% av alla avvikelser, vilket är en ökning från föregående år. Speciellt är det andelen

läkemedelsavvikelser som har ökat, vilket till stor del kan härledas till enstaka händelser i ett par verksamheter. Kategorin *Annan* är en fritextkategori, där främst ovanliga händelser och risker ingår men där det också går att identifiera avvikelser som skulle ha kunnat kopplas till andra kategorier. Även om den absoluta majoriteten av *Annan* har allvarlighetsgrad 1 eller 2, så är en slutsats att rapporterande personal kan behöva stöd i kategoriseringen. Ingen typ av kategori är dock överrepresenterad i *Annan*. *Vårdåtgärd*, *Behandling/insats* och *Dokumentation* är de andra tre vanligaste kategorierna, där *Behandling/insats* har störst förändring sedan året innan. Denna minskning kan bero på att vårdcentralerna använder denna kategori mindre än förr till förmån *Vårdåtgärd*, vilken har ökat. *Samverkansavvikelserna* har fortsatt att minska under alla tre åren, vilket inkluderar både intern och extern samverkan. Internt finns ett organisationsövergripande arbete kring samverkan som verkar ha gett effekt. En låg andel avvikelser gäller *Medicintekniska produkter (MTP)*, *Tillgänglighet*, *Inne-/utemiljö* och *Be-mötande*.

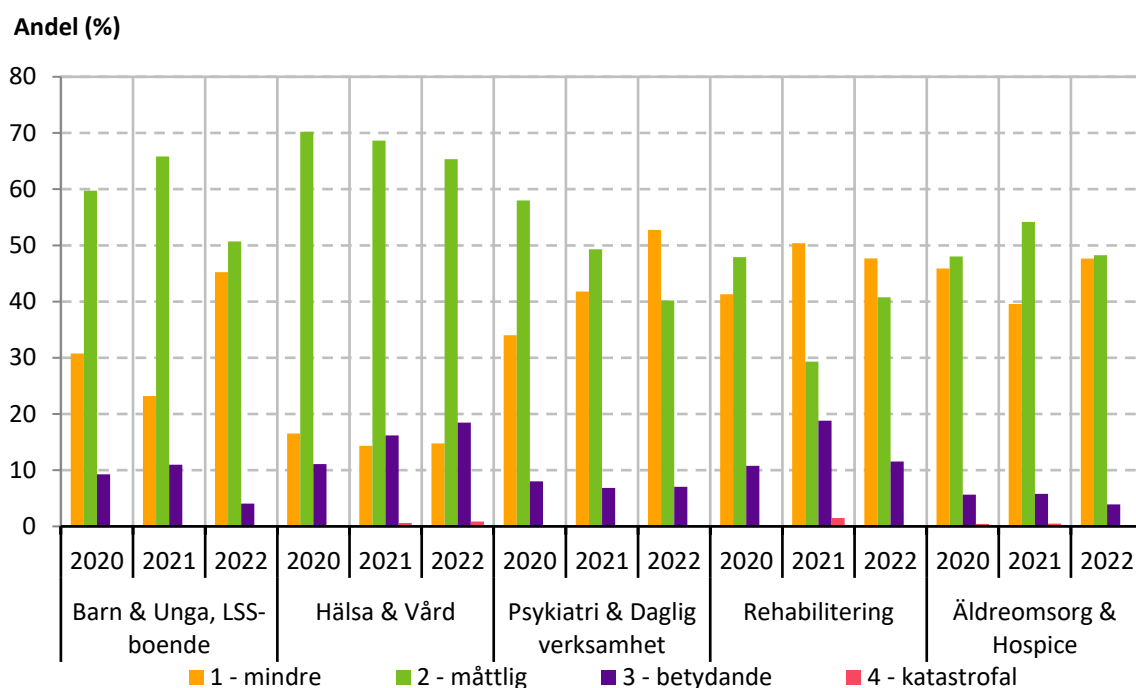
14.5.4 Allvarlighetsgrad

I vårt system för avvikelshantering (DF Respons) graderas alla avvikelser efter SKR:s Handböcker för risk- och händelseanalyser^{14,15} i fyra steg: 1-Mindre, 2-Måttlig, 3-Betydande, 4-Katastrofal. Vidare så anges sannolikheten att ett fel inträffar igen också in en 4-gradig skala: 1-mycket liten, 2-liten, 3-stor, 4-mycket stor. Grad 1 och 2 i allvarlighet 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. Detta gör jämförelser svåra och innebär ibland att viss information måste registreras dubbelt eftersom kommunernas system inte är anpassade efter SKR:s gradering.

¹⁴ SKR, 2021: [Utredning av allvarliga vårdskador](#). Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys. Sveriges kommuner och regioner, Stockholm, 60 s.

¹⁵ SKR, 2011. [Modell för risk och händelseanalys](#). Systematiskt förbättringsarbete inom Individ och Familjeomsorgen. Sveriges kommuner och regioner, Stockholm, 86 s.

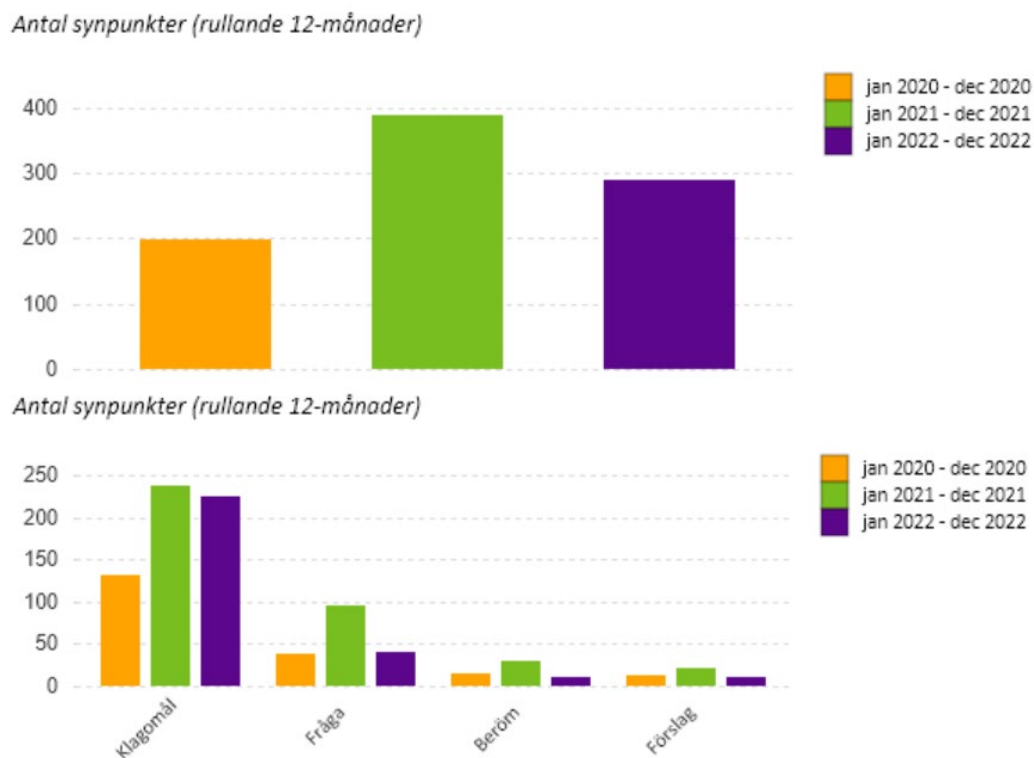
Under 2022 uppvisar de flesta driftområden en positiv trend mot att andelen mindre avvikelser ökar och/eller andelen måttliga, allvarliga eller mycket allvarliga avvikelser minskar (Fig. 5). Detta tyder på att verksamheterna generellt är mer uppmärksamma på små brister och registrerar avvikelser eller risker innan de leder till allvarliga konsekvenser. Under 2021 hade för första gången ett driftområde, Rehabilitering, flest avvikelser med mindre allvarlighetsgrad och i år har även driftområde Psykiatri & Daglig verksamhet uppnått detta. Även driftområdena Barn & Unga, LSS-boende och Äldreomsorg & Hospice visar på en utveckling åt samma håll. Driftområde Hälsa & Vård har fortfarande flest avvikelser med måttlig allvarlighetsgrad, vilket kan bero på att patienter på vårdcentraler inte meddelar mindre avvikelser utan det främst anmäls och därmed registreras avvikelser av måttlig allvarlighetsgrad.



Figur 5. Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad och driftområde inom Bräcke diakoni under 2020–2022. Data från DF Respons och Treserva.

14.5.5 Synpunkter och klagomål

Arbetet med synpunkter och klagomål har varit ett område vi har fokuserat på under de senaste åren. Från sommaren 2022 har verksamheterna tillgång till synpunktsstatistiken i Qlikview, vilket underlättar analys. Tyvärr syns en nedgång i synpunktsrapporteringen, främst inom de mer positiva områdena frågor, beröm och förslag, vilka tyvärr lätt blir nedprioriterade (Fig.6). Klagomål registreras dock i nästan samma utsträckning som under 2021. Det finns troligtvis fortfarande ett stort mörkertal eftersom många synpunkter hanteras direkt utan registrering.



Figur 6. Antal registrerade synpunkter från patienter, brukare eller närstående samt typ av synpunkt för åren 2020– 2022.

14.6 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 (Tab. 4).

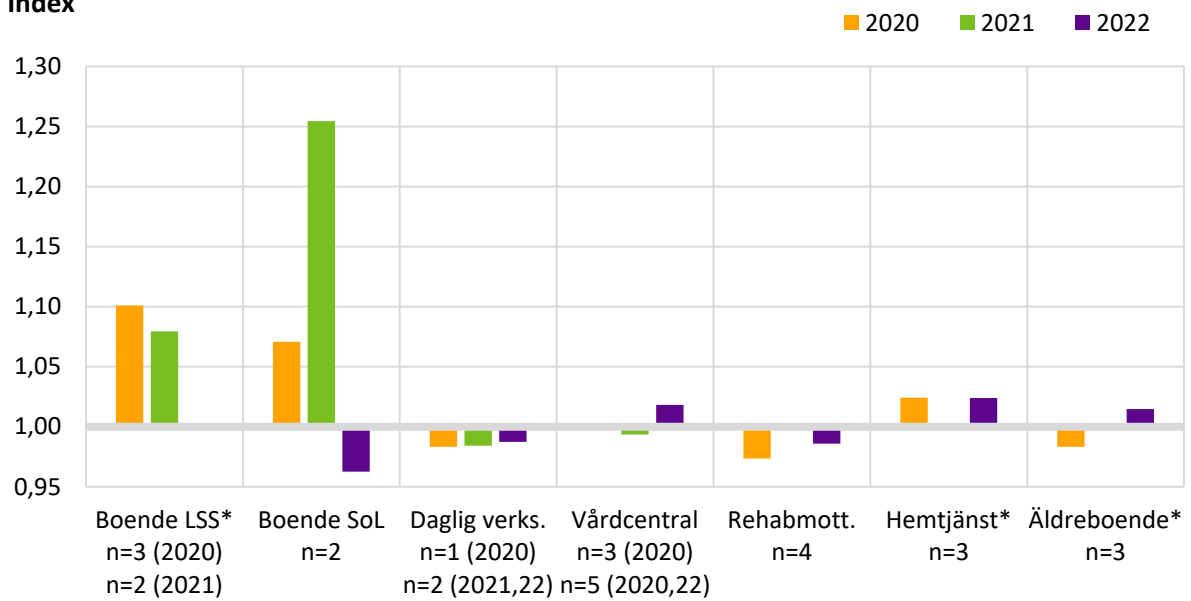
Tabell 4. Indikatorer från olika brukarundersökningar som används i beräkningen av ett index för den samlade patient/brukarupplevelsen.

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

För att kunna jämföra våra verksamheter med varandra har vi beräknat ett medelvärde av de relevanta indikatorerna för Bräcke diakonis olika verksamhetsgrupper. Varje medelvärde har delats med medelvärdet av samma indikatorer inom samma verksamhetsgrupp för hela Sverige. På det sättet får vi ett index där vi kan jämföra olika verksamhetsgrupper och samtidigt har rikssnittet som referens. Ett värde över 1 visar att våra verksamheters insatser upplevs bättre än genomsnittet i Sverige och under 1 att de upplevs sämre. Indexet är ett mått för det vi kallar för *Diakoni i praktiken* eftersom vår diakonala värdegrund har fokus på behoven hos våra brukare, patienter, gäster eller deltagare.

I Figur 7 kan vi se att inom verksamhetsgrupperna Vårdcentral, Hemtjänst och Äldreboende så värderar de vi finns till för våra insatser högre jämfört med medelvärdet i hela Sverige, där speciellt vårdcentraler och äldreboende visar på stor förbättring jämfört med tidigare år. Både Daglig verksamhet och Rehabmottagningarna visar på en positiv utveckling jämfört med tidigare år. De LSS-boenden som medverkade tidigare år drivs inte längre av Bräcke diakoni och det nya LSS-boendet vi har hade i år för få boende för att medverka i brukarundersökningen. Våra SoL-boenden har nu ett resultat som ligger under riksgenomsnittet, att vilket beror på att flertalet boende har svarat neutralt kring vissa av de frågor som ingår i DiP-indexet. Ingen har svarat negativt (Nej/Aldrig) på frågorna. Utifrån fritextsvaren syns också att de icke-positiva svaren ibland beror på de boendes sjukdomstillstånd, såsom otrygghet utifrån tidigare erfarenheter men ett arbete pågår även i de berörda verksamheterna för att utveckla kvaliteten inom dessa områden.

Index



Figur 7. 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 och under 2022 hade vårt LSS-boende för få boende för att medverka.

15 Strategier och handlingsplan för det kommande året

15.1 Stiftelseövergripande handlingsplan

Med utgångspunkt i denna rapport kommer vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2023 att fokusera på följande aktiviteter:

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Utveckla stöd för samskapande.	- Beskrivning av olika sätt att arbeta med patient/brukar-medverkan i hela stiftelsen framtiden. 15 kvalitetsdialoger genomförda med spetspatienter/brukare	- Se över befintlig projektplan - Vidareutveckla samskapande arbetssätt/metoder inom ramen för kvalitetsnätverket - Utveckla utvärdering av kvalitetsdialog med patient/brukarfokus
Stolta och engagerade medarbetare Tillit och lärande	Synliggöra förbättringar	- Struktur för att dokumentera och synliggöra förbättringsarbeten ska finnas - Genomföra Kunskapsarena för förbättringsarbeten	Skapa modeller för dokumentation av förbättringar på olika nivåer
Tillit och lärande	Införa och sprida nya modellen för riskanalyser	Risikanalyser har genomförts i ledningsgruppen (LG), driftledningsgruppen (DLG), driftområdesledningsgrupperna (DOLG) och alla stödfunktioner	Introduktion till och stöd i det nya arbetssättet.
Tillit och lärande	Upprätthålla en god avvikelsekultur	- Vända nedåtgående avvikelserapportering i enskilda verksamheter - Öka andelen mindre allvarliga avvikelser	- Stöd i DOLG att analysera aktuell avvikelsestatistik - Förtydliga avvikelser i chefsintro
Tillit och lärande	Genomföra återkommande kvalitetsuppföljning på verksamhetsnivå	- Kvalitetsuppföljningar i gång inom minst 50% av alla verksamheter minst 4 gånger per år - Alla nystartade verksamheter har gått genom en minidialog	- Breda piloten med kvalitetsuppföljningar för fler verksamheter - Informera och förankra arbete i DOLG och DLG - Implementera minidialog i nya verksamheter - Fortsätt med kvalitetsgranskning i utvalda verksamheter
Ansvar för gemensamma resurser	Effektivisera samverkan mellan stödfunktioner och driften	Ha genomfört förväntanssynk med alla stödfunktioner	- Planera och genomföra förväntanssynk med drift och fastighet samt kommunikation - Följa upp tidigare förväntanssynkar

15.2 Driftområdesspecifika handlingsplaner

15.2.1 Barn & Unga, LSS-boenden

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Verksamheterna genomförs av den enskildes delaktighet och självbestämmande.	• Vi har genomfört relevanta delar inom projektet BIKVA på driftområdet.	• Utforska våra möjligheter att delta i projektet • Genomför enligt plan
Stolta och engagerade medarbetare	Det finns en tydlig tråd mellan stiftelsens värdegrund och våra verksamheter som skapar inspiration och engagemang hos våra medarbetare.	• Medarbetarenkäten Engagemangsindex större än 85 i alla verksamheter.	• Ta fram aktiviteter i driftområdets förbättringsarbete för fortsatt utveckling och förbättring.
Stolta och engagerade medarbetare	Vi har ett vidareutvecklat och kompletterat vårt framtagna LSS-koncept.	• Andel färdiga utbildningar • Antal medarbetare som fullföljt utbildningarna	• Arbetsgruppen för LSS-koncept fortsätter med att ta fram grundutbildningar inom valda metoddelar.
Tillit och lärande	Säkra arbetssätt kring skyddsåtgärder och dess dokumentation	• Rutiner uppdaterade/framtagna • Rutiner implementerade för egenkontroll och uppföljning	• Uppdatera och implementera de rutiner som finns. • Regelbunden uppföljning
Tillit och lärande	Vi har god kännedom om våra avvikelsemönster och drar relevanta slutsatser av dem	• Antal avvikelser, gradering, andel som hanteras inom utsatta tidsgränser	• Uppföljning och analys av respektive verksamhets avvikelsemönster • Dra slutsatser • Besluta och genomför identifierade åtgärder
Ansvar för gemensamma resurser	Hålla övergripande budgetmål	• Månadsresultat för hela DO	• Resultatuppföljningar månadsvis.

15.2.2 Hälsa & Vård

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Stolta och engagerade medarbetare	Att erbjuda en attraktiv arbetsplats med en hållbar arbetsmiljö	• Regelbunden mätning och reflektion	• Bräckedagar, arbeta aktivt med SAM
Tillit och lärande	Öka samverkan och lärande mellan verksamheter	• Minst två nätverksgrupper som träffas regelbundet	• Bjuda in medarbetare att delta i gruppen samt låta dem ta fram ett arbetssätt.
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	• Alla vårdcentraler håller budget och vi vet vad vi behöver göra för att få en budget i balans 2024 på de vårdcentraler som har en minusbudget 2023.	• Alla vc presenterar sitt resultat på LG. Vi ska göra en prognosbudget för 2024 med tillhörande aktiviteter för Vilan och Nyhälsan.
Diakoni i praktiken	Fler patienter väjer oss som sin vårdcentral	• Listningen följs regelbundet och ska öka	• Marknadsföringsplan

15.2.3 Psykiatri & Daglig verksamhet

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Nöjda brukare	Bättre resultat än 2022 i SKR:s mätning och andra mätningar framtagna 2022	Följa framtagna handlingsplaner utifrån 2022 års mätningar
Stolta och engagerade medarbetare	Våra arbetsplatser är attraktiva och fria från trakasserier.	OSA-enkät för arbetsmiljö	- Arbete med SAM - Genomföra planerad aktivitet på APT tillsammans med HR.
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans	Träffsäkra och långsiktiga prognoser	Månadsvisa uppföljning med controller och DOC
Tillit och lärande	Våra verksamheter tar emot studenter och ingår i forskningssamarbeten	- Varje verksamhet har tagit emot minst en student - Antal forskningssamarbeten	- Kontakt med GU - Samarbete med MCHS och GU

15.2.4 Rehabilitering

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och Lärande	Erbjuda digitala tjänster till vår målgrupp	Tre digitala tjänster erbjuds inom Rehab	- Fördjupat oss i aktuella system för digitalisering - Vi har valt system och har tagit fram en plan för implementering av det
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomi i balans med ökad omsättning	Ekonomiskt utfall följer budget	Genomföra marknadsföringskampanj för att öka antal patienter via sociala medier för utvalda verksamheter inom Rehab
Stolta och delaktiga medarbetare	Hållbart Ledarskap	80% nöjdhet i medarbetarenkäten	Handlingsplaner med förbättringspunkter utifrån resultatet från medarbetarenkäten

15.2.5 Äldreomsorg Götaland

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Diakoni i praktiken	Öka registreringen av sociala avvikelser och identifierade risker	Antalet sociala avvikelser och identifierade risker ska öka	- Regelbunden återkoppling och dialog på DOLG och kvalitetsuppföljning i verksamheten - Informera om rapporteringsskyldighet i verksamheten
Stolta och engagerade medarbetare	Öka hälsa och behålla medarbetare	- Minskad sjukfrånvaro - Minskad omsättning av personal	Starta rekryterings- och bemanningsenhet för att ge utrymme för VC att arbeta med sin personalgrupp
Tillit och lärande	Rättssäker social dokumentation	Minst 3 i alla delar av dokumentationsgranskningar	Identifiera arbetssätt som ökar måluppfyllelse
Ansvar för gemensamma resurser	Ökad förståelse för ekonomi och bemanningsstrategier hos samordnare	Personalkostnad i % av intäkt	- Veckovisa uppföljningar med samordnare/planerare - Kompetensutveckling av samordnare/planerare

15.2.6 Äldreomsorg Mälardalen

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och lärande	Boende nöjda med inflyttningsprocessen	80 % av boende som flyttar in ska uppleva en bra inflyttningsprocess	- Arbeta utifrån rutin för inflyttningsprocess - Akademiska boendet följs av en forskare - Uppföljning vid varje inflyttning - Sammanställning 2ggr/år
Stolta och engagerade medarbetare	Fungerande teamarbete inom verksamheterna	Att det finns en röd tråd i dokumentation mellan HSL och SoL	Uppföljning 1 gång/månad mellan DOC och VC via egenkontrollsmallen
Diakoni i praktiken	Följsamhet i att erbjuda egen tid, utvistelse och aktivitet efter den äldres behov	100 % följsamhet till avtalskrav	Förbättringsarbete hur följsamheten (arbetssättet) håller över tid. Följs upp via dokumentationsgranskning
Ansvar för gemensamma resurser	Ekonomisk medvetenhet	Resultat enligt budget	Ekonomiuppföljningar Veckovis, månadsvis
Stolta och engagerade medarbetare	Hälsofrämjande arbetsplats	Minskad sjukfrånvaro	- Jobba med ACT, hjärnkraft och reflektion. - Verksamhetsuppföljning 1 gång/månad mellan DOC och VC

