

Vård- och omsorgsboendet  
Fristad

Bräcke  
diakoni



*Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse  
2019*

# Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2019

## Vård- och omsorgsboendet Fristad

## Innehåll

1	Sammanfattning .....	4
2	Inledning .....	4
3	Strategier och fokusområden .....	5
4	Organisation och ansvar .....	6
	4.1 Bräcke diakoni .....	6
	4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad .....	7
5	Systematiskt förbättringsarbete .....	7
6	Riskanalyser .....	8
	6.1 Riskanalyser på organisationsnivå .....	8
	6.2 Riskanalyser på individnivå .....	8
7	Egenkontroll .....	9
	7.1 Kvalitetsdialog .....	9
	7.2 Lokal egenkontroll .....	10
	7.3 Externa revisioner .....	10
	7.4 Nationella och regionala undersökningar .....	11
8	Avvikelsehantering .....	11
	8.1 Avvikelser .....	11
	8.1.1 Lex Maria och lex Sarah .....	11
	8.2 Klagomål och synpunkter .....	12
9	Medarbetarnas delaktighet .....	12
10	Samverkan .....	13
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare .....	13
	10.2 Samverkan med brukare och närstående .....	14
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer .....	14
	10.4 Forskningssamverkan .....	14
11	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete .....	15
12	Miljöarbete .....	16
13	Informationssäkerhet .....	17
14	Resultat .....	18
	14.1 Dokumenterade förbättringsarbeten .....	18
	14.2 Kvalitetsdialog .....	18
	14.3 Avvikelser .....	19
	14.3.1 Lex Maria .....	20
	14.3.2 Lex Sarah .....	20
	14.4 Kvalitetsregister .....	21
	14.4.1 Senior alert .....	21
	14.4.2 Svenska palliativregistret .....	22
	14.4.3 BPSD-registret .....	22
	14.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar .....	23
	14.6 Egenkontrollprogram .....	23
15	Mål och strategier för det kommande året .....	24

## 1 Sammanfattning

2019 fick Fristads vård och omsorgsboende mycket bra resultat i den nationella mätningen "öppna jämförelser" Inom områdena bemötande, helhetsintryck, att personalen har tillräckligt med tid och en känsla av trygghet når verksamheten upp till 100 %. Även 2018 fick verksamheten 100 % i måtten, gott bemötande, förtroende, helhetsintryck och att personalen har tillräckligt med tid.

Tack vara en stabil och omtänksam personalgrupp har Fristads vård- och omsorgsboendet ett mycket gott rykte både bland brukare och bland närstående. Det visade sig inte minst i de reaktioner som kom från närstående då de fick besked om nedläggningen. Förvaltningschefen i Stockholms Stad fick in många positiva synpunkter på den vård- och omsorg som Bräcke Diakoni driver.

Under året har 6 avvikelser av allvarigare art registrerats. Tre har handlat om att boende har fallit och att fallen har resulterat i skada, två har gällt läkemedelsavvikelser och en har gällt arbetsmiljön. Att få in många avvikelser är ett mål för att kunna hitta brister i verksamheten. Alla avvikelser har resulterat i åtgärder.

Hösten 2019 beslutades om intagningsstopp och om nedläggning av verksamheten. Målet under utvecklingen är att bibehålla den höga kvalitén.

Det största dokumenterade systematiskt förbättringsarbetet som gjort under året är att förtydliga kommunikation och samverkan mellan personalen.

En större utbildningsinsats har gjorts under 2019 i palliativ vård.

## 2 Inledning

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

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)<sup>1</sup> samt patientsäkerhetslag (2010:659)<sup>2</sup>, hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL)<sup>3</sup> och socialtjänstlag (2001:453) (SoL)<sup>4</sup> samt SKR:s mall för patientsäkerhetsberättelser<sup>5</sup>. Den beskriver

---

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

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

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

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

<sup>5</sup> [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)

vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns till för.

På uppdrag av Stockholm stad, Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning ansvarar Bräcke diakoni för driften av Fristad vård- och omsorgsboende. Det är ett särskilt boende med inriktning mot demens för personer över 65 år. På Fristad bedrivs vård och omsorg dygnet runt. Det finns totalt 22 lägenheter fördelat på de två avdelningarna Takåsen och Vindskupan. Varje avdelning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som arbetar måndag till fredag. Under kvällar, nätter och helger finns en sjuksköterskepatrull kopplad till verksamheten.

På Fristad arbetar sammanlagt 28 personal.

I verksamheten finns tillgång till läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska.

Fristad bedriver vård och omsorg inom lagrummen SoL och HSL.

### **3 Strategier och fokusområden**

Arbetet mot hög kvalitet och patientsäkerhet sker utifrån ett processororienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar med individen i centrum. Medarbetare och chefer har en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

För att uppnå en god kvalitet arbetar vi kontinuerligt med att förbygga fel och brister och hanterar avvikelser systematiskt för att skapa lärande.

Bräcke diakoni har ett arbetssätt med ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitetsarbete under 2019 på följande områden:

Kvalitetsarbetet under 2019 har varit att hitta bättre samverkansformer för personalen. Rutiner har uppdaterats som har upplevts som otydliga. Rutiner runt kommunikation har tagits fram.

Fristads vård- och omsorgsboende är känd för ett gott bemötande och mycket god omvårdnad. Många medarbetare har arbetat länge och trivs tillsammans. Det har bidragit till att personalen kan förmedla en känsla av trygghet och värme till de boende. Strategierna har varit att upprätthålla den höga kvalitén.



## 4 Organisation och ansvar

### 4.1 Bräcke diakoni

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

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>6</sup>, HSL, Skollagen (2010:800)<sup>7</sup> och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

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

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. 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.

---

<sup>6</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>7</sup> [SFS 2010:800](#)

## 4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad

Fristads vård och omsorgsboende har ett mycket gott rykte. Personalen har en god värdegrund, är välutbildad och de är motiverade att arbeta inom äldreomsorgen. Bräcke diakoni erbjuder fortlöpande kompetensutveckling inom verksamheten.

- Avvikelse utreds följs upp och återrapporteras i avvikelssystemet
- Riskbedömningar görs i systemet "senior alert"
- Verksamheten registrerar i svenska palliativregistret och utvecklar verksamheten utefter resultatet.
- Den dagliga arbetsfördelningen görs i teamet som består av undersköterskor och sjuksköterska.
- APT (arbetsplatsträffar) erbjuds minst var 6:e vecka.
- Kvalitetsombud, hygienombud, kostombudens arbeten följs upp på arbetsplatsträffar.
- Bräcke Diakoni centralt erbjuder områdesträffar och regionala nätverksträffar, pedagognätverk, demensnätverk, kvalitetsombudsträffar, kostnätverk, nätverk för palliativa ombud och nätverk för legitimerad personal upp till 2 gånger per år.

## 5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och brukarsäkerhet. 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 (avvikelse). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas *Förbättringskraft* samt deltar i branschorganisationen Famnas program *Värdeforum*. Utgångspunkten för detta arbete är att välfärdens värdeskapande sker i mötet mellan den som har behov av och den som ger utbildning, vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares kompetens och engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. *Förbättringskraft* har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna och bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I *Förbättringskraft* jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever eller gäster. Under

programmet lär sig deltagarna att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*<sup>8</sup>. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft. Det finns ett 70-tal förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

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

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

## 6 Riskanalyser

### 6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

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

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

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

### 6.2 Riskanalyser på individnivå

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv.

---

<sup>8</sup> <http://clinicalmicrosystem.org/knowledge-center/curriculum/>



Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. Med hjälp av BPSD-registret används för att mer personcentrerad bemöta personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Utifrån Senior alert görs även en miljöbedömning av boendes lägenhetsmiljö. Riskanalyserna kan leda till nya arbetssätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

## 7 Egenkontroll

### 7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheterna systematiska kvalitetsarbeten följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under september varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samverkan samt hållbarhet. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms utifrån en 3-gradig skala gemensamt i dialogen. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger sedan till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till områdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitetsarbetet, se Figur 1.



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

## 7.2 Lokal egenkontroll

Varje händelse och eller avvikelse rapporteras och utreds i systemet DF Respons och i Vodok. Verksamhetschefen dokumenterar vem som ska utreda. Han eller hon bedömer allvarlighetsgraden och sannolikhetsgraden av händelsen. Anses den som allvarlig så går den direkt till kvalitetsavdelningen (MAS, MAR, SAS).

Avvikelserna återkopplas till berörda, exempelvis om den boende ramlar återkopplas utredning och åtgärder både till boende och till personalgruppen. Om närståendes har synpunkter återkopplas utredning och vidtagna åtgärder både till närstående och till personalgruppen.

Kontinuerligt följs avvikelsestatistiken upp i Qview. Denna statistik ingår i riskbedömningar och i kommande verksamhetsförbättringar.

Verksamheten har ett lokalt egenkontrollprogram som följer ett årshjul. De egenkontroller verksamheten gör är inom: vårdhygien, nutrition, avvikelser, dokumentation, utevistelse, aktiviteter, regentid, livsmedelshantering, budget, hälsofrämjande arbete, arbetsmiljö, läkemedelshantering, delegering, kvalitetsdialog, Medicinsktekniska produkter/medicinteknisk utrustning och särskilt brandskyddsarbete. Ansvariga för respektive egenkontroller är angivet i årshjulet.

Verksamhetschefen har övergripande ansvaret för att alla egenkontroller följs i verksamheten. Det finns en utarbetad mall där vi systematiskt kan se resultat, åtgärder och utvärderingen. När året har passerat så gör teamet en helhetsbedömning och sätter upp nya mål för nästkommande år.

Egenkontroller som är gjorda under året är

- Egenkontrollen livsmedelshygien visade att alla behöver påminnas att dagligen utföra kontrollerna.
- Gällande arbetsmiljön, HSL-dokumentationen, riskbedömningar, brand, hjälpmedel och nattfasta hittades inga avvikelser.
- Utevistelse är ett förbättringsområde.

## 7.3 Externa revisioner

Under våren genomfördes en avtalsuppföljning av ansvarig stadsdel, ingen åtgärdsplan behövdes upprättas.

## 7.4 Nationella och regionala undersökningar

I Socialstyrelsens "Öppna jämförelser" får boendet mycket bra resultat.

Verksamheten arbetar i kvalitetsregisterna; Senior alert, svenska palliativregistret och BPSD-registret

## 8 Avvikelsehantering

### 8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och SoL avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis elektroniska avvikelssystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje enhet 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 och SAS en central roll i hantering av avvikelserna. Både SoL- 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 och stärker patientsäkerheten.

Under 2019 har 6 allvarigare avvikelser registrerats. 3 gällande fall, 2 gällande läkemedel och ett gällande arbetsmiljön. Dessa avvikelser har lett till att rutiner uppdaterats och i vissa fall handlingsplaner för att undvika att avvikelserna upprepas.

#### 8.1.1 Lex Maria och lex Sarah

Påtaglig risk för vårdskada/missförhållande samt inträffad vårdskada/missförhållande samt risk för missförhållande eller inträffat missförhållande rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAS, MAR eller SAS genomför en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada eller allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria respektive lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

Fristad har ingen Lex Maria eller Lex Sarah under 2019

## 8.2 Klagomål och synpunkter

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

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/läkare återkopplar i specifika hälso- och sjukvårdsfrågor till anmälaren. Verksamhetscheferna återkopplar övriga ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>9</sup>. Verksamhetschefen ansvarar för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter och som inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

Anhöriga till boende på Fristad har muntligt lämnat ett antal positiva synpunkter på verksamheten till verksamhetschefen och till avdelningschefen i Stockholm Stad.

## 9 Medarbetarnas delaktighet

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

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

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

---

<sup>9</sup> [SFS 2017:372](#)

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

- Bräcke diakonis äldreomsorg och hospice har tillsammans med Betaniastiftelsen utvecklat ett palliativt utbildningsprogram för palliativa ombud, leg personal och verksamhetschefer som har startats under 2019. Syftet är att genom kompetenshöjande insatser och förbättringsarbete ska de palliativa ombuden inom respektive verksamheten förbättra vården i livets slutskede. Certifieringen sker i tre olika steg. Parallellt be forskas projektet av Ersta Sköndal Bräcke Högskolas palliativa forskningscentrum.

Utöver dessa allmänna insatser har våra medarbetare deltagit i följande satsningar:

- Över hälften av Fristads personal har gått Betania stiftelsens webbutbildning utbildning ABC i palliativ vård. Målet är 90 % men med tanke på avvecklingen så är resultatet acceptabelt.
- Hösten 2019 har satsningar gjorts för att förbättra samarbetet.
- En satsning på förbättrad kommunikation mellan personal har gjorts

## 10 Samverkan

### 10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

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

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukarorganisationer.

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



## 10.2 Samverkan med brukare och närstående

Samverkan med brukare och närstående sker först och främst mellan brukaren och kontaktmannen.

I de fall där brukaren eller närstående har funderingar och eller förslag till förbättringar, bjuder verksamheten in till möten för att förebygga oro och missförstånd.

Samverkan med närstående har även skett tillsammans med Stockholm Stad i form av informationsmöten om avvecklingen och vilka möjliga lägenheter boende kommer att erbjudas.

## 10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

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

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård. Utvecklingschefen har tidigare ansvarat för seminarier på International Forum on Quality and Safety in Healthcare som arrangeras av Institute for Healthcare Improvement (IHI) och British Medical Journal (BMJ).

Spånga församling besöker verksamheten regelbundet. En diakon som tillsammans med musiker och sångare håller gudstjänst, underhåller och fikar tillsammans med boende.

En gång om året får vi också besök av elever och lärare från en närliggande skola som firar Lucia tillsammans med oss.

## 10.4 Forskningsamverkan

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

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

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

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakonis en årlig Kunskapsarena för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2019 har konferensen handlat om samskapande inom vård och social omsorg och i programmet deltog forskare, företrädare för SKR samt fyra förbättringsteam från Förbättringskraft.

## 11 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

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

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

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

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

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

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

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

## 12 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2019 den tionde diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk miljöbas krav beaktar vi också:

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

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning. Aldrig förr har så många fått en grundläggande miljöutbildning hos oss, 318 stycken. Kompetensen fylls på regelbundet med kompetenshöjande aktiviteter som t.ex. undervisning och studiebesök.

Under 2019 har ett omtag gjorts i miljöutredningen för att bättre påvisa våra största miljöavtryck, som vi sedan kan sätta upp mål för att reducera och begränsa. Ett arbete pågår för att modernisera vår fordonsflotta och anpassa den till höjda miljökrav. För första gången ingår uppföljning av miljöarbetet som en del av kvalitetsdialogen. Det ger oss på ett mer konkret sätt en bild av samtliga verksamheters miljöarbete.

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

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

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår

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

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna.

### 13 Informationssäkerhet

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

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

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

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelser ska anmälas till Datatillspektionen som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.

Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.

## 14 Resultat

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

### 14.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

En handlingsplan gällande arbetsmiljön har gjorts och följts upp. Det har lett till att samarbetet mellan personalen har förbättrats genom bättre följsamhet gällande rutiner.

### 14.2 Kvalitetsdialog

Område	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,7	2,5	3,0
2. Riskanalyser	3,0	3,0	-
3. Avvikelsehantering	3,0	2,4	1,7
4. Egenkontroll	3,0	2,4	2,0
5. Kunskap och kompetens	2,5	2,5	-
6. Samverkan	2,3	2,0	2,0
7. Hållbarhet	-	2,3	-

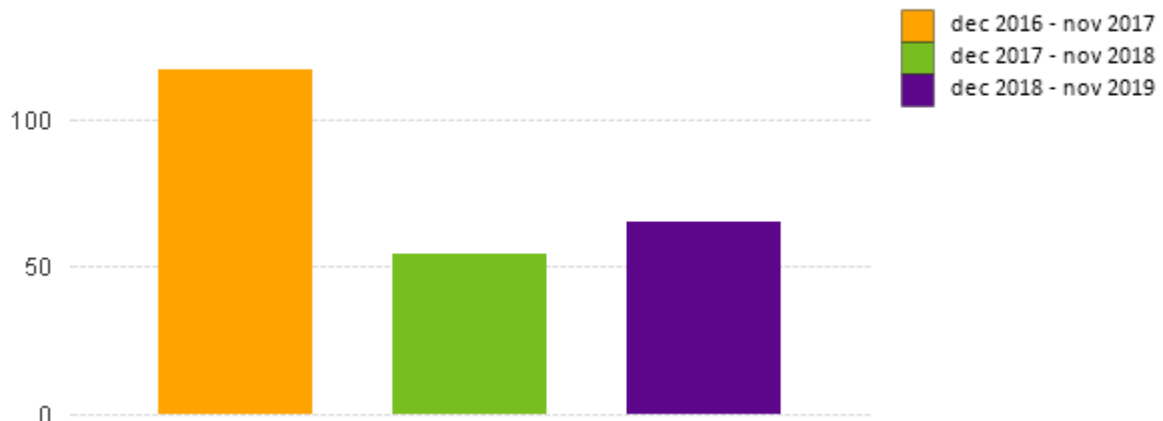
Figur 2. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

Under 2019 har det funnits behov av att vidareutveckla rutiner och av att uppdatera ledningssystemet. De rutiner som har uppdaterats har bl. a. varit samverkansrutiner. Årets kompetensutveckling har varit en satsning på palliativ vård. Alla riskanalyser är genomförda.

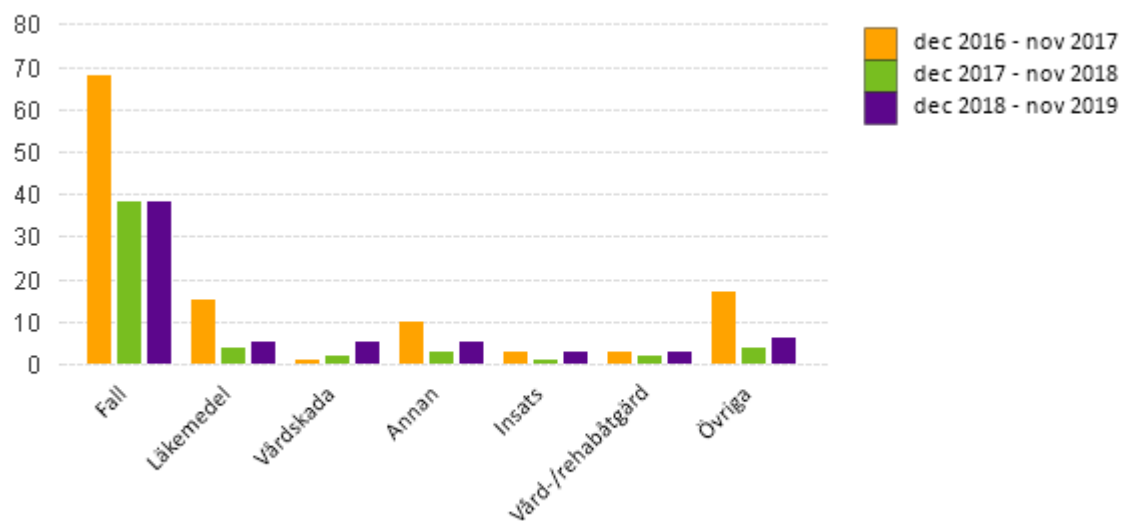


### 14.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)

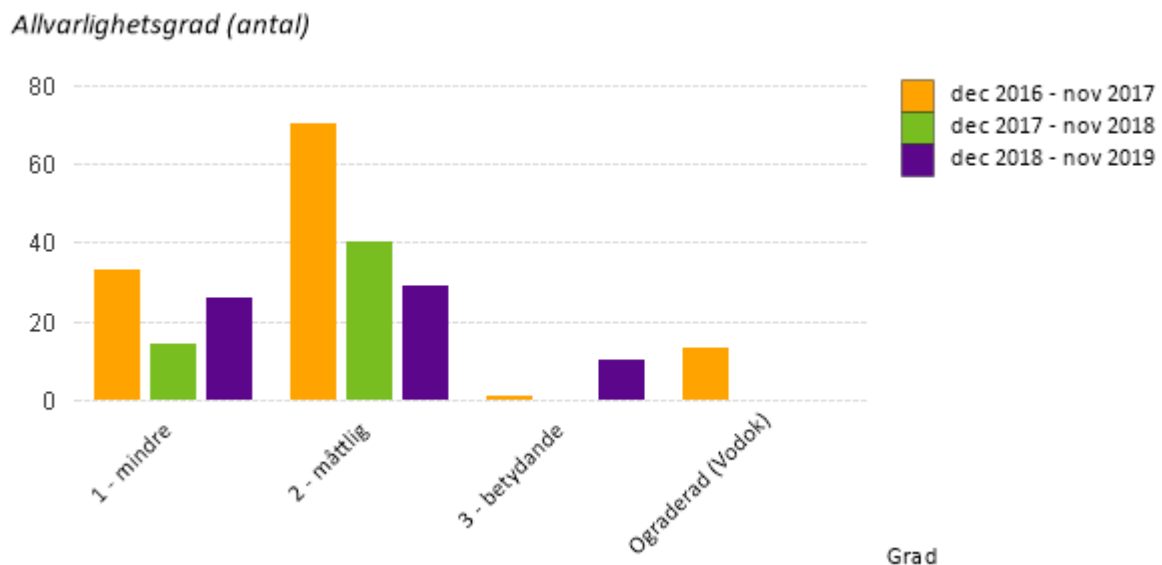


Antal avvikelser per typ



**Figur 3.** Antal avvikelser totalt och per typ för 2019 samt förändringen mot tidigare år.

De senaste två åren har antalet inrapporterade avvikelser legat stabilt mellan 50 och 70 avvikelser. Detta beror sannolikt på ett systematiskt arbetssätt med utredningar, åtgärder och uppföljning. Men också att verksamheten arbetar systematiskt med riskbedömning som också sannolikt förebygger många avvikelser. Alla avvikelser har resulterat i åtgärder.



Figur 4. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2019 samt förändringen mot tidigare år.

Den största gruppen avvikelser är fall. Tre fall har varit av allvarligare art. Fall kan få stora konsekvenser för den äldres hälsa. Personalgruppen har mycket bra rutiner runt att förebygga fall. Det sitter oftast en personal tillsammans med boende och det ger ett lugn och en trygghet. Två avvikelser under året gällande läkemedel har varit av allvarligare art. Under hösten har en allvarligare avvikelse gällande arbetsmiljön registrerats. Den har lett till ett förbättringsarbete.

Att få in många avvikelser är bra för att på ett bättre sätt kunna göra riskbedömningar och för att kunna förebygga skador i verksamheten. Målet är att öka antalet avvikelser.

#### 14.3.1 Lex Maria

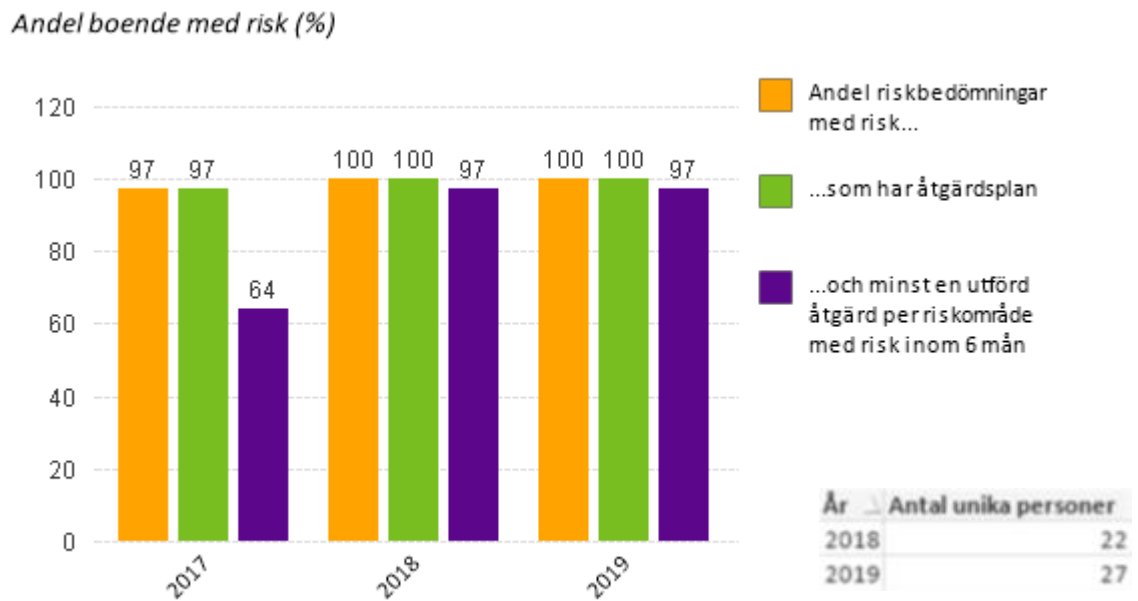
Verksamheten har inga Lex Maria anmälningar under 2019.

#### 14.3.2 Lex Sarah

Verksamheten har inga Lex Sarah anmälningar under 2019.

## 14.4 Kvalitetsregister

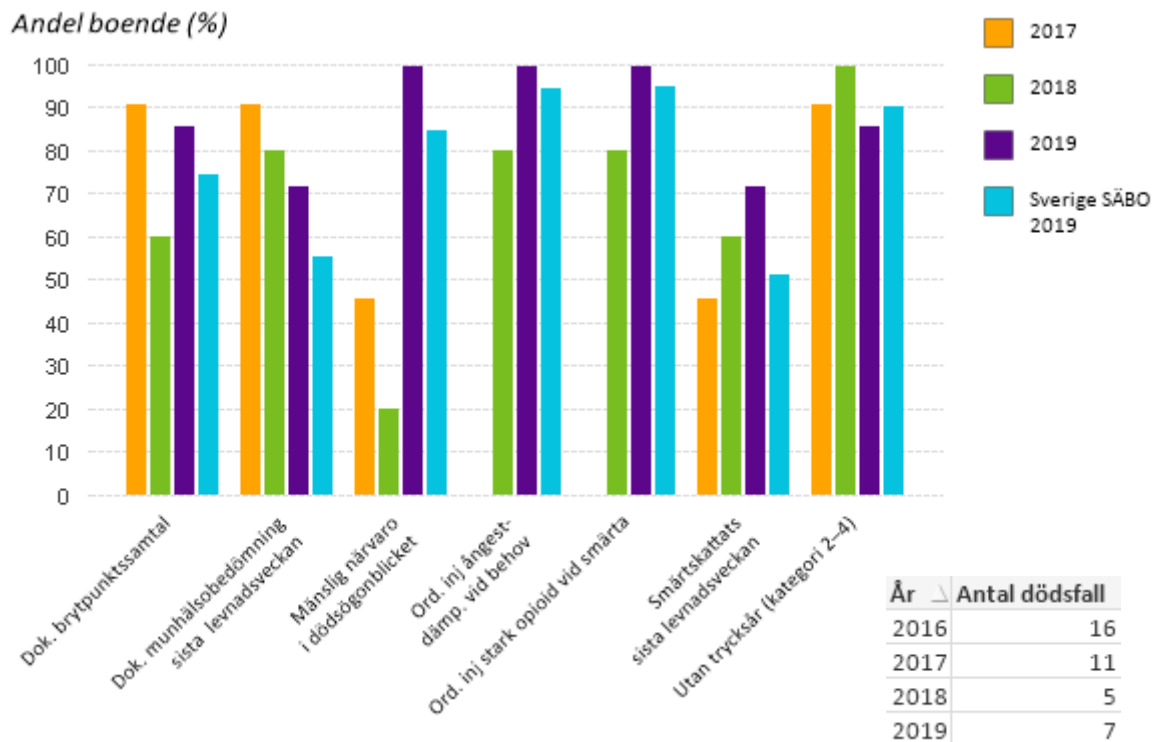
### 14.4.1 Senior alert



**Figur 5.** Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2019 samt jämförelser med tidigare år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Andelar planerade och utförda åtgärddar anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

Riskbedömningar och åtgärdsplaner i Senior Alert är mycket välfungerande.

### 14.4.2 Svenska palliativregistret



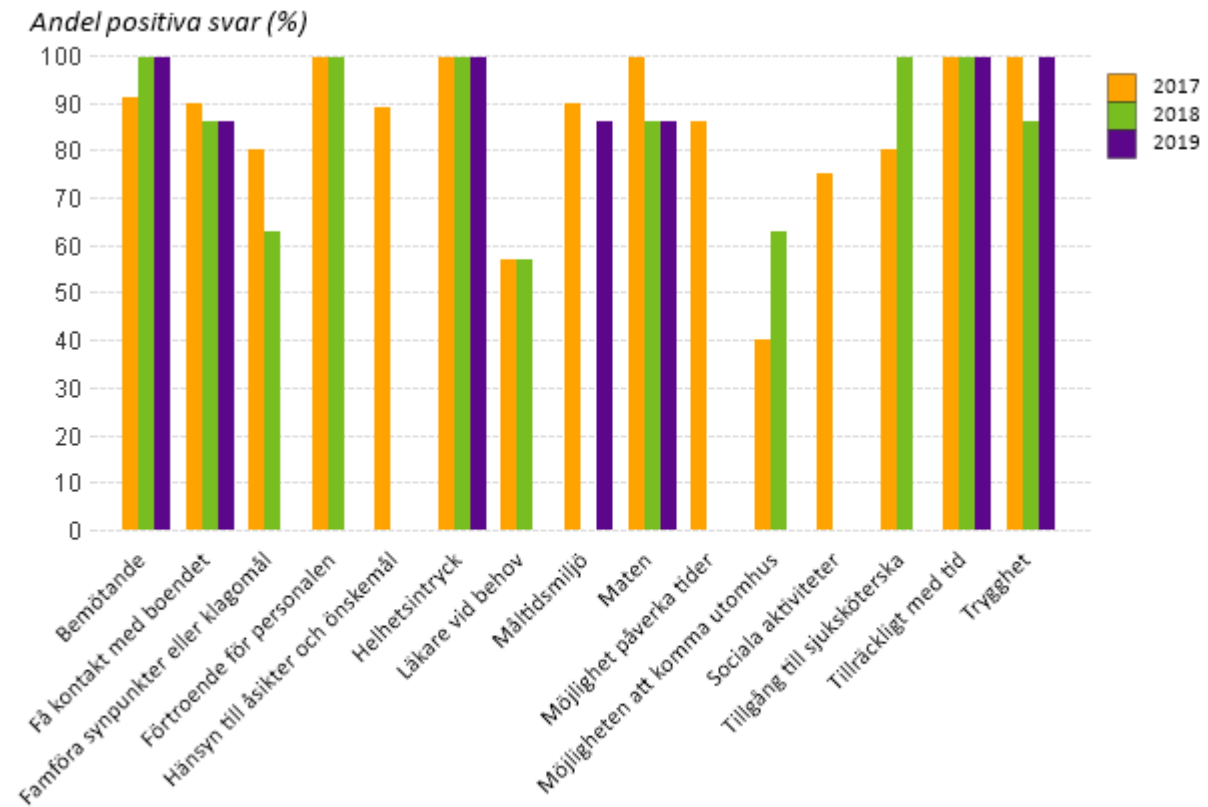
**Figur 6.** Resultat från Palliativregistret för 2019 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Fristad har ett mycket bra resultat i palliativa registret. Enligt registret fungerar vården i livets slutskede bra. Andelen brytpunktssamtal har ökat. Sammantaget ligger Fristad väl över snittet i riket.

### 14.4.3 BPSD-registret

Samtliga av våra boende är registrerade i BPSD registret. Varje vecka följs särskilt utvalda boende upp.

## 14.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



**Figur 7.** Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2019 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: [kolada.se](http://kolada.se)

Fristad vård- och omsorgsboende har fortsatt mycket goda resultat. I kategorierna bemötande, helhetsintryck, att personalen har tillräckligt med tid och trygghet når verksamheten upp till upp till 100 % nöjda boende

## 14.6 Egenkontrollprogram

Egenkontrollen sköts efter den lokala rutinen.



## 15 Mål och strategier för det kommande året

Avvecklingen av Fristad fortgår. Målet är att kunna ge boende en fortsatt bra vård.

Avvecklingen av personalen kommer att gå hand i hand med antalet outhyrda lägenheter. Målet med avvecklingen är att ge personalen stabilitet och trygghet så de kan fortsätta ge den goda vård Fristad som är känd för till boende och anhöriga.