

Vård- och omsorgsboendet Fristad

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2020*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2020

Vård- och omsorgsboendet Fristad

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
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	8
6	Riskanalyser.....	9
	6.1 Riskanalyser på verksamhets- och individnivå.....	9
7	Egenkontroll.....	10
	7.1 Kvalitetsdialog.....	10
	7.2 Lokal egenkontroll.....	10
	7.3 Externa revisioner	11
	7.4 Nationella och regionala undersökningar.....	11
8	Avvikelsehantering.....	11
	8.1 Avvikelser	11
	8.1.1 Lex Maria	12
	8.1.2 Lex Sarah	12
	8.2 Klagomål och synpunkter.....	12
9	Medarbetarnas delaktighet	13
10	Samverkan.....	14
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	14
	10.2 Samverkan med brukare och närstående.....	14
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer	14
	10.4 Forsknings-samverkan.....	15
11	Kvalitetsarbete under coronapandemin	16
12	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....	18
13	Miljöarbete.....	19
14	Informationssäkerhet.....	20
15	Resultat	21
	15.1 Dokumenterade förbättringsarbeten	21
	15.2 Kvalitetsdialog	21
	15.3 Avvikelser	22
	15.3.1 Lex Maria	23
	15.3.2 Lex Sarah	23
	15.4 Kvalitetsregister	24
	15.4.1 Senior alert	24
	15.4.2 Svenska palliativregistret.....	25
	15.4.3 BPSD-registret	25
	15.5 Egenkontrollprogram	26
	15.5.1 Hygienkulturenkät.....	26

1 Sammanfattning

Vi drabbades av en pandemi som började i mars 2020 och höll i sig hela året. Detta har gjort att fokus har hamnat på att inte få in smittan på boendet. Vi fick lära och tänka om hur vi arbetar på Fristad med basalhygien, skyddsutrustning, kohortvård, trygga besök, information och möten.

Fristad har varit i en nedtrappnings fas då vi under hösten kommer att stänga Boendet.

Vi har arbetat för att stärka och tydliggöra kontaktmannens roll och har lagt tyngd på att den boende är delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.

Vi har under året som gått koncentrerat oss på den enskildes särskilda behov och försökt kartlägga vad den enskilde önskar vad gäller aktivitet, kost och annan personlig omsorg. Detta blir ett underlag för de enskilda och gemensamma aktiviteter som planeras under veckan. Under pandemin har gemensamma aktiviteter varit inställda.

Flytt till utökade Villa Vestas vård och omsorgboende skedde i början av november.

2 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 värden 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.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)¹ samt patientsäkerhetslag 2010:659², hälso- och sjukvårdslag 2017:30 (HSL)³ och socialtjänstlag 2001:453 (SoL)⁴ samt SKR:s mall för patientsäkerhetsberättelser⁵. Den beskriver 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.

De personer som bor på verksamheten har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen.

En trygg och säker hälso-och sjukvård erhålls genom systematiskt kvalitetsarbete i hälso-och sjukvården enligt hälso-och sjukvårdslagen.

Inom verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: verksamhetschef, sjuksköterska, undersköterska, palliativt ombud, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, medicinsk fotvård, och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vi samverkar med läkarorganisationen Capio Legevisitten och sjuksköterskejouren Vårdliljan.

3 Strategier och fokusområden

Arbetet mot hög kvalitet och patientsäkerhet sker utifrån ett processorienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar utifrån individens behov.

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [SFS 2001:453](#)

⁵ [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)

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 diakonis kvalitetsarbete styrs med hjälp av ett processorienterat 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 2020 på följande områden:

- Att samtliga medarbetare kommer in i datorerna och arbetar aktivt med avvikelser, dokumentation.
- Att alla medarbetare ska känna till kontaktmannens roll.
- Att alla känner till vad basal hygien innebär och arbetar utifrån det

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, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn och Ungdom, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁶, HSL, Skollagen (2010:800)⁷ 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.

⁶ [SFS 1993:387](#)

⁷ [SFS 2010:800](#)

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

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

4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive boende. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Legitimerad personal har genom patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till hög säkerhet och skall rapportera till verksamhetschefen risker och händelser, som kunnat leda till vårdskada.

Omvårdnadspersonalen skall delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa rutiner och instruktioner i det dagliga arbetet för att bidra till hög patientsäkerhet samt att aktivt bidra till kvalitetsutveckling inom verksamheten. Alla medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och risker som kan medföra vård skada och delta i uppföljning, mål och resultat.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

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

I *Förbättringskraft* jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem som verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever, deltagare eller gäster. Under programmet lär sig teamen att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*⁸. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit i Förbättringskraft. Det finns ett 120-tal förbättringscoacher med erfarenhet av att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University (ledarskap för innovationer), Ersta Sköndal Bräcke Högskola (samskapande) och Göteborgs Universitet (evidensbaserad).

Under 2020 har vi fortsatt vårt arbete mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följer vi upp ramar och allmänna krav. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Syftet är att kunna följa måluppfyllelsen på aggregerad nivå för att kunna anpassa stöd för utveckling. Vi har under 2020 också utökat arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 15) genom att varje verksamhet fokuserar på SMARTa mål liksom utformar en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter.

⁸ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

6 Riskanalyser

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

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

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna 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.

6.1 Riskanalyser på verksamhets- och individnivå

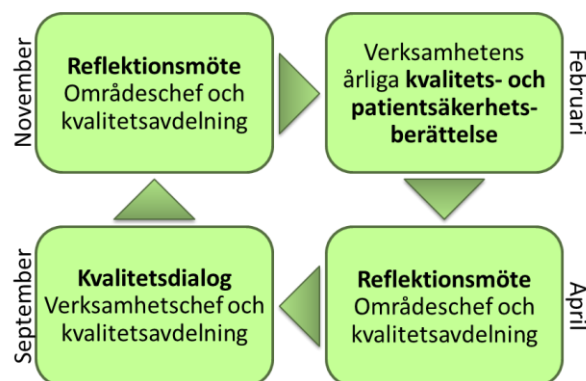
Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. 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. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Riskanalyserna kan leda till nya arbetsätt, 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.

På Fristad arbetar vi systematiskt med riskanalyser. Vi tar upp övergripande risker på verksamhetsnivå löpande. När ny boende flyttar in tar man upp riskerna på individnivå och dessa uppdateras vid behov.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under september varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms utifrån en 3-gradig skala gemensamt i dialogen. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger 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

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala egenkontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. På Vård- och omsorgsboendet Fristad består den lokala egenkontrollen av:

Ett lokalt egenkontrollprogram som är utformat efter verksamhetens årshjul. Vem som ansvarar för vilka egenkontroller finns synligt presenterade i årshjulet. Verksamhetschefen har övergripande ansvaret för att alla egenkontroller följs

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala egenkontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. På Fristad består den lokala egenkontrollen av:

Verksamheten har ett lokalt egenkontrollprogram som följer årshjulet. Vem som ansvarar för vilka egenkontroller finns synligt presenterade i årshjulet.

Verksamhetschefen har övergripande ansvaret för att alla egenkontroller följs. Det finns en väl utarbetad mall där vi systematiskt kan se resultat, åtgärder och utvärderingen av egenkontrollerna.

7.3 Externa revisioner

Av de externa revisioner som gjorts på Bräcke diakoni under året har Vård- och omsorgsboendet Fristad granskats eller reviderats av:

Till följd av den pågående pandemin har inga externa revisioner utförts.

7.4 Nationella och regionala undersökningar

Vi använder oss av Senior Alert, BPSD-register och svenska palliativregistret samt nationella brukarundersökningen.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade risker, 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 avvikelshantering och rapporterar både HSL- och SoL avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem.

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

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR 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, förbättrar kvaliteten och stärker patient-säkerheten.

8.1.1 Lex Maria

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller medicinsk rådgivare genomför en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

8.1.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför och vad vi behöver göra för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/ påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

Avvikelse rapporteras in i DF Respons som är Bräcke diakonis avvikelsesystem. När rapportören skrivit in avvikelsen i DF Respons går den vidare till verksamhetschefen som bedömer allvarlighetsgrad (1–4) och beslutar vem som ska utreda den. Anses den som allvarlig (3–4) så skickas den automatiskt till kvalitetsavdelningen (MAS, MAR, SAS). Rapportören kan själv kryssa i om hen anser att det är en Lex Sarah.

På APT tar man upp vilka avvikelserna som inkommit och vad vi kan förbättra så att det inte uppstår igen. Rutinerna ses över för eventuell justering. Vid behov görs en handlingsplan. Kvalitetsombuden informerar även sina kollegor muntligt på avdelningarna.

8.2 Klagomål och synpunkter

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

- Blanketten "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 länk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt

lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården⁹. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagna åtgärder.

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 informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.
- Under våren 2020 har Förbättringskraft haft fokus på samskapande, i syfte att lyfta betydelsen av att personal tillsammans med de vi finns till för planerar för och arbetar med förbättringar för ökad kvalitet, delaktighet och effektivitet. Under hösten 2020 har extra fokus varit på att stärka teamens kunskapsökande för ökad evidensbaserad.

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

- Kosten och förebyggande av undernäring
- Kontaktmannaskap
- Palliation kopplat till palliativa ombud
- Följsamhet basala hygienrutiner, kohortvård och rätt användande av skyddsutrustning
- Öka kunskapen kring dokumentation

⁹ [SFS 2017:372](#)

- Vikten av att rapportera avvikelser och samt återkoppling av utredningar och vidtagna åtgärder

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 ett ansvar som sträcker sig utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system på största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

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

Närstående och anhöriga får regelbunden information från verksamheten om övergripande saker som händer på Fristad. Omvårdnadsansvarig och kontaktman återkopplar till anhöriga fortlöpande om information efter önskemål. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktman bjuder regelbundet in till omvårdnadsmöten (minst 1 gång/år eller vid behov eller efter önskemål).

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 där med att utveckla arbetssätt för att öka samskapande med dem vi finns till för genom att använda förbättringskunskap som metod. Under 2020 deltar Bräcke diakoni i ett nationellt pilotprojekt för att stärka och stödja patientsäkerhetsarbetet för kommunal vård och omsorg. Projektet leds av SKR och har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024. Både på övergripande nivå samt i tre verksamheter har ett kartläggningsverktyg för ökad patientsäkerhet testats och handlingsplaner har utarbetats i syfte att förebygga vårdskador. Vidare koordinerade 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).

- Vi samverkar med Ersta Sköndal Bräcke Högskola.
- Vi samverkar med läkarorganisationen Capio Legevisitten.
- Vi samverkar med sjuksköterskejouren Vårdliljan
- Vi samverkar med Stockholms stad
- Vi samverkar med tandvårdsteamerna som finns i vår verksamhet efter boendes behov och önskan.
- Vi samverkar med fotvården som finns i vår verksamhet efter boendes behov och önskan
- Vi samverkar med ISS Restaurang som levererar vår lunch och middag samverkan sker på gemensamma möten 2 gånger per år.
- Vi samverkar med Micasa, fastighetsägaren.
- Vi samverkar med vårdhygien
- Vi samverkar med Hässelby församling

10.4 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 Ersta Sköndal Bräcke Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Inom ramen för detta samarbete har vi utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden. Bräcke diakoni har under 2020 även haft ett samarbete med Betaniastiftelsen kring utbildning i palliativ vård och ett samarbete med Ersta Sköndal Bräcke Högskola för forskning på utbildningsinsatsen.

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

11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

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

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

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är förenklad och anpassad information om basala hygienrutiner och skyddsutrustning i fickformat. Vidare har lokala, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. Varje verksamhets lokala kvalitetsombud har

fått ett särskilt uppdrag som informationsspridare inom sin verksamhet. Medarbetarna har via Intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser och egenkontroller såsom hygienkulturmetning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

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

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

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

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

Under 2020 har vi på de 39 enheter där vi har stadigvarande ansvar för dem vi finns till för genomfört 538 provtagningar på boende, brukare eller deltagare (tabell 1). I snitt har därmed 14 provtagningar skett per enhet, på grund av symptom eller smittspårning. Totalt var 76 prover positiva och av de med bekräftad covid-19 har 64 personer tillfrisknat medan 13 brukare på särskilt boende har avlidit. Ingen har avlidit i de andra verksamheterna.

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

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

Bräcke diakonis arbete med att hantera pandemin blev under våren lyft som gott exempel av Socialstyrelsen och Regeringskansliet. Även om andra vågen under hösten slog hårdare mot våra verksamheter så har andelen avlidna varit lägre än i liknande verksamheter i Sverige. På våra äldreboenden har 21% av brukarna med konstaterad covid-19 avlidit, i Sverige är andelen avlidna med covid-19 i åldern 70+ på särskilda boenden 31%¹⁰. Inom hemtjänst har 22% av brukarna i åldern 70+ med konstaterad covid-19 avlidit i Sverige, medan inga av våra hemtjänstkunder har avlidit i sjukdomen.

12 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

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

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

¹⁰ [Socialstyrelsen, data över antal bekräftade fall och avlidna med covid-19 i åldersgruppen 70 eller mer, fram t.o.m. 2021-01-25](#)

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:

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

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

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

13 Miljöarbete

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

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

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

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

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

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

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår
- Minska påverkan av våra arbetsresor, genom t.ex. utbildning i Eco-drive, prioritera resfria möten i form av telefon och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt.
- Reducera antalet transporter 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. Vi reser i första hand med tåg. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel, el, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna.

14 Informationssäkerhet

Under 2020 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Förbättra lagring och sökbarhet av information om de register som hanterar personuppgifter i stiftelsens verksamheter.

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

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.

- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Datainspektionen som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Rådet har träffats för möten 4 gånger under året och har haft fem möten för att besluta om en anmälan ska göras till Datainspektionen eller ej.

15 Resultat

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

15.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

Då vi under året som gått drabbades av pandemi och beslut om avveckling så har arbetet bestått av att undvika att smitta drabbar de boende och att planeringen till nya Villa Vesta ska bli så bra som möjligt för de boende som väljer att flytta med dit. Därav inget dokumenterat förbättringsarbete de gångna året.

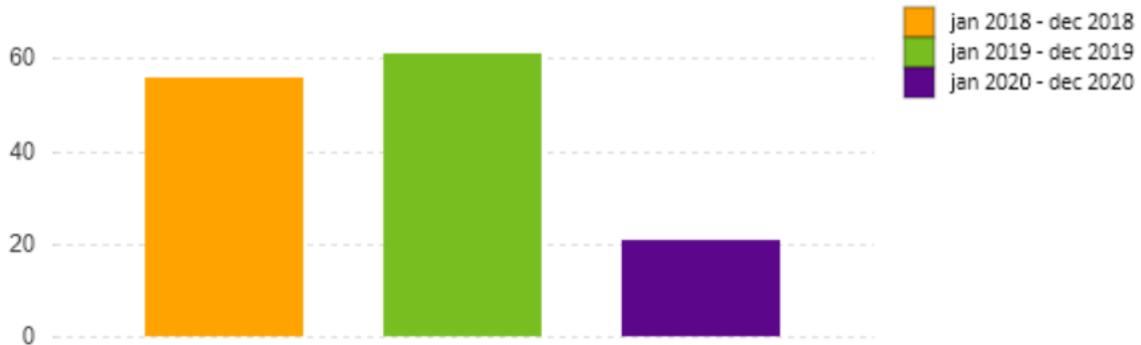
15.2 Kvalitetsdialog

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

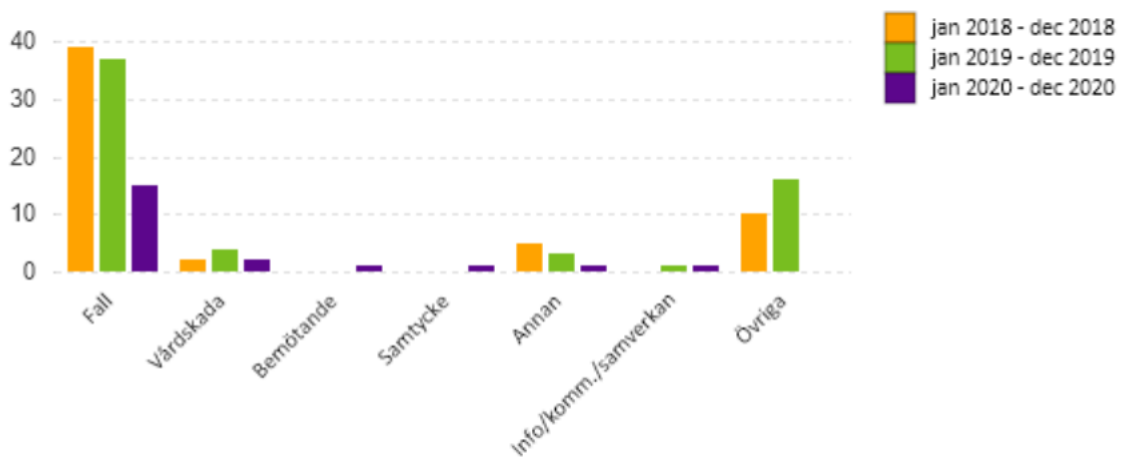
Ingen kvalitetsdialog genomfördes under 2020 på grund av planerad stängning.

15.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)

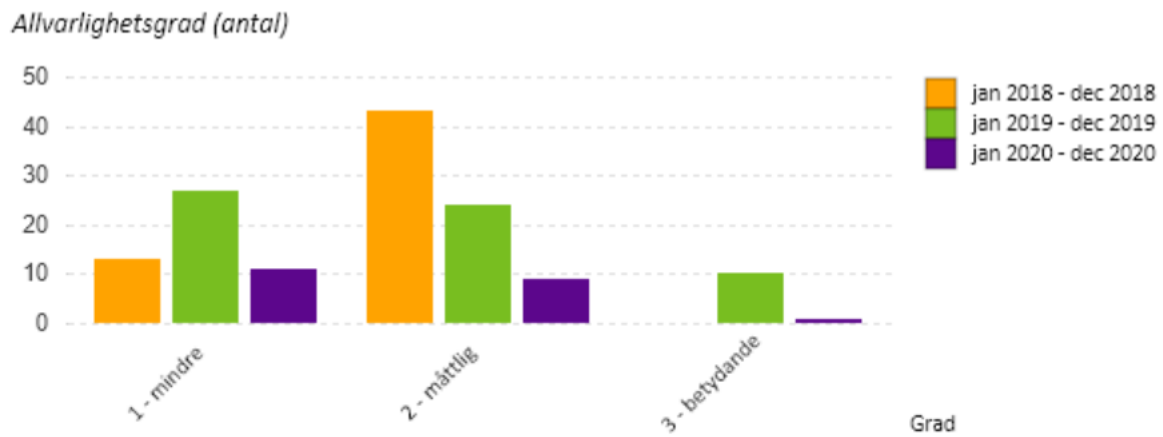


Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2020 samt förändringen mot tidigare år.

Antalet inrapporterade avvikelser har minskat under 2020. Detta kan bero på att data bara är fram tills att verksamheten stängde men också på att vi har ett systematiskt arbetssätt med utredningar, åtgärder och uppföljning. Verksamhetens arbete med systematiska riskbedömningar förebygger också sannolikt många avvikelser. Antalet fallavvikelser har minskat sedan tidigare år.



Figur 4. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2020 samt förändringen mot tidigare år.

De flesta av verksamhetens avvikelser är mindre och måttligt allvarliga och kan hanteras lokalt. Några betydande har vi haft men de har åtgärdats i direkt anslutning till händelsen tillsammans med MAS och MAR och sannolikheten att de upprepas har varit låg.

15.3.1 Lex Maria

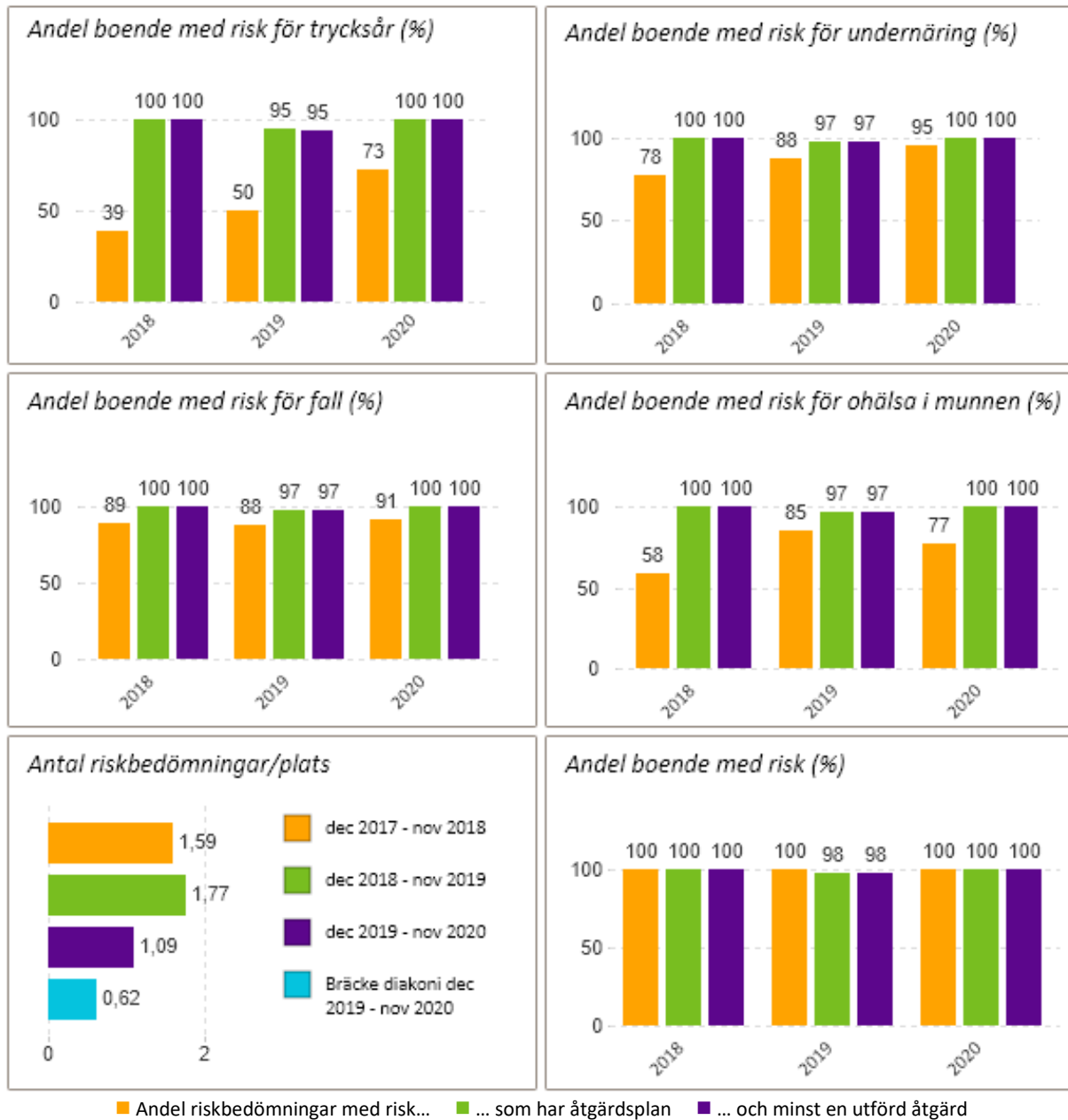
Fristad har inte haft någon Lex Maria under 2020

15.3.2 Lex Sarah

Fristad har inte haft någon Lex Sarah under 2020

15.4 Kvalitetsregister

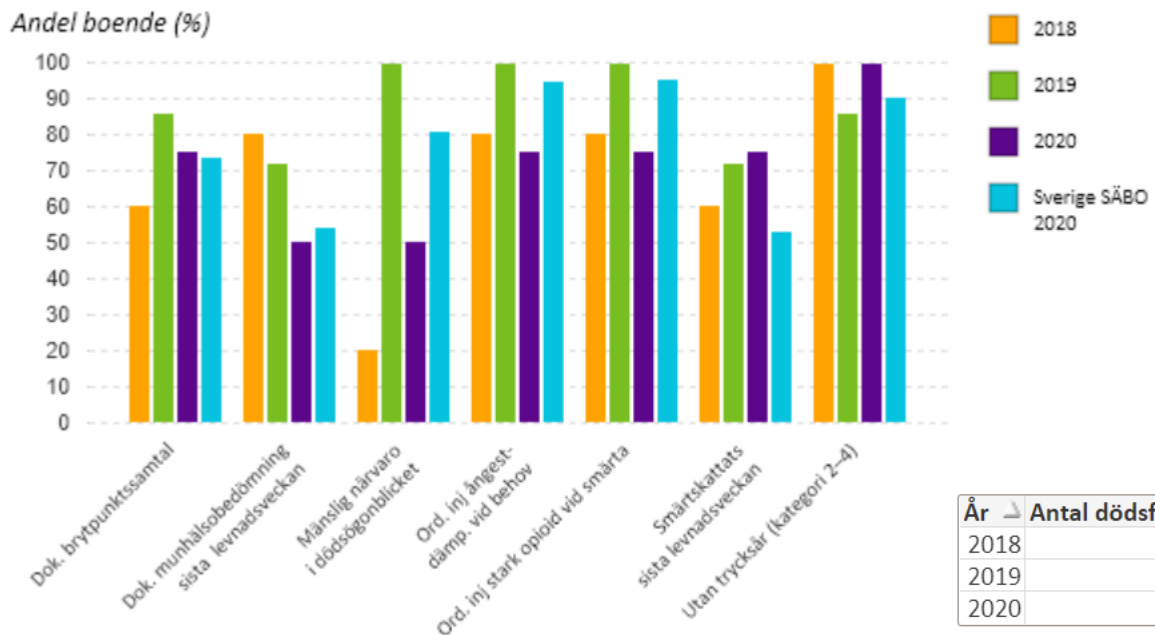
15.4.1 Senior alert



Figur 5. Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2020 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.

Bra följsamhet, sjuksköterskorna använder kontinuerligt Senior Alert.

15.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 6. Resultat från Palliativregistret för 2020 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Antalet avlidna som finns registrerade under 2020 är 4 st. De förbättringsområden som ses i resultatet i registret kommer sammanfogas med de förbättringsområden som ses på Villa Vesta

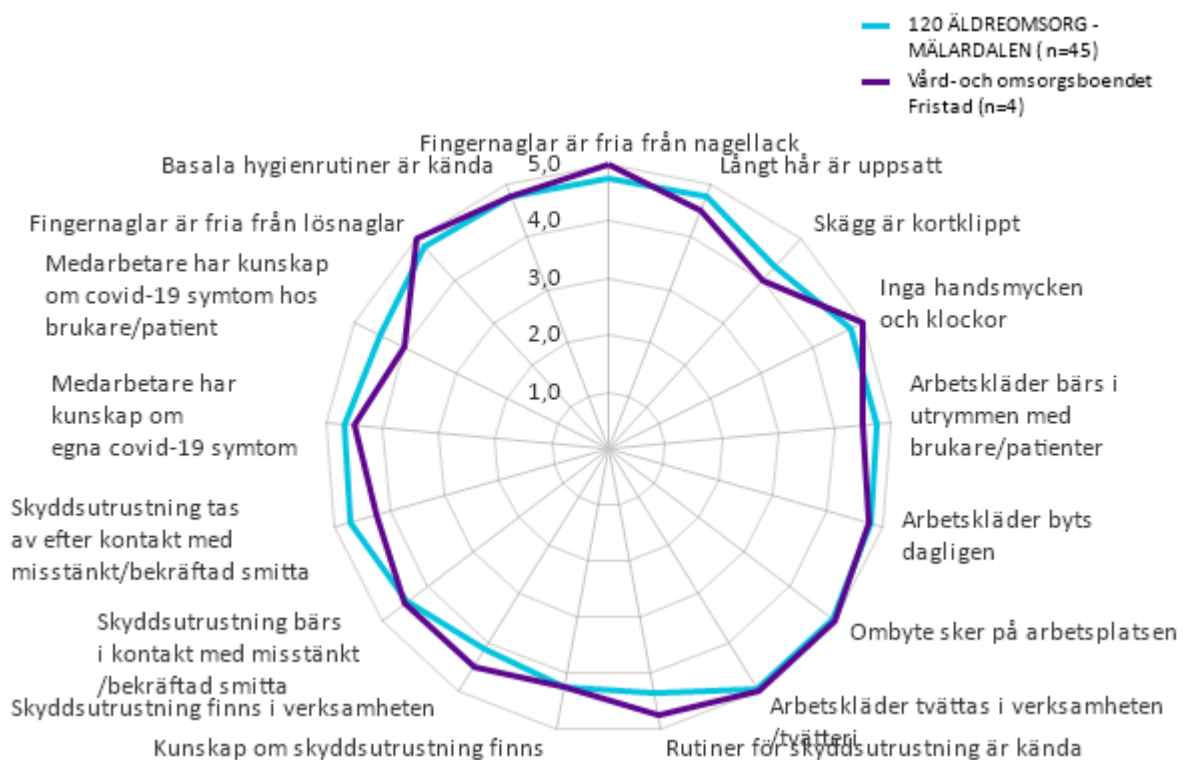
15.4.3 BPSD-registret

Samtliga av våra boende är registrerade i BPSD registret. Vid behov följs särskilt utvalda boende upp.

15.5 Egenkontrollprogram

Vi arbetar systematiskt efter årshjulet med våra egenkontroller, resultaten analyseras och åtgärdas och följs upp och i vissa områden skapas en handlingsplan. Egenkontrollerna år 2020 visade bra resultat. Det största fokusområdet 2020 har handlat om basal vårdhygien och arbeta i kohort med skyddsutrustning

15.5.1 Hygienkulturenkät



Figur 8. Hygienkulturmätning, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens och driftområdets resultat.

Arbetet med hur vi ska använda skyddsutrustning samt följsamhet av basala hygienrutiner har vi arbetat kontinuerligt med sedan våren 2020 då denna undersökning genomfördes. Detta har resulterat i att Fristad aldrig haft någon smittspridning av covid-19 eller andra smittsamma sjukdomar.