

Bräcke hemtjänst Alingsås

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2021*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2021

Bräcke hemtjänst Alingsås

© Bräcke diakoni - januari 2022

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Inledning	6
3	Organisation och ansvar	6
3.1	Hemtjänst Alingsås.....	8
4	Strategier och fokusområden	8
4.1	Hemtjänst Alingsås.....	9
5	Systematiskt förbättringsarbete	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5.1	Hemtjänst Alingsås.....	12
6	Riskanalyser.....	13
6.1	Riskanalyser på verksamhets- och individnivå.....	13
6.2	Hemtjänst Alingsås.....	13
7	Egenkontroll	14
7.1	Kvalitetsdialog	14
7.2	Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås	15
7.2.1	Externa revisioner	15
7.2.2	Nationella och regionala undersökningar	15
7.2.3	Övriga lokala egenkontroller	15
8	Avvikelsehantering.....	16
8.1	Avvikelser	16
8.1.1	Lex Maria	16
8.1.2	Lex Sarah	17
8.1.3	Hemtjänst Alingsås	17
8.2	Klagomål och synpunkter.....	17
8.2.1	Hemtjänst Alingsås	Fel! Bokmärket är inte definierat.
9	Medarbetarnas delaktighet	18
9.1	Hemtjänst Alingsås.....	18
10	Samverkan.....	19
10.1	Samskapande med brukare/patienter och närstående.....	19
10.1.1	Hemtjänst Alingsås.....	19
10.2	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	19
10.2.1	Hemtjänst Alingsås	19
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	20
10.3.1	Hemtjänst Alingsås	20
10.4	Forskningsamverkan.....	20
10.4.1	Hemtjänst Alingsås	Fel! Bokmärket är inte definierat.
11	Kvalitetsarbete under coronapandemin	21
12	Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....	23
13	Miljöarbete.....	24
14	Informationssäkerhet.....	25
15	Resultat för Hemtjänst Alingsås.....	26
15.1	Dokumenterade förbättringsarbeten	Fel! Bokmärket är inte definierat.
15.2	Kvalitetsdialog	26
15.3	Avvikelser	26

15.3.1	Lex Maria	28
15.3.2	Lex Sarah	28
15.4	Synpunkter	29
15.5	Kvalitetsregister	29
15.5.1	Senior alert	29
15.5.2	Svenska palliativregistret.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
15.5.3	BPSD-registret	30
15.6	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	30
15.7	Egenkontrollprogram	30
15.7.1	Egenkontroll Basal hygien	31
16	Hemtjänst Alingsås mål och strategier för det kommande året	32

1 Sammanfattning

Hemtjänst i Alingsås lyder under Socialtjänstlagen (SoL), Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) och LOV (Lagen om Valfrihetssystem). Hemtjänsten utför SoL-insatser hos kund enligt biståndsbeslut medan kommunens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal delegerar HSL uppdrag. Verksamheten är valbar i Alingsås tätort och Hemsjö och har en demensinriktning. Vid årsskiftet hade hemtjänsten 90 kunder och under perioden 20 dec 2021 till 19 jan 2022 utförde hemtjänsten 3054 timmar.

I verksamheten arbetar 21,8 årsarbetare (åa) varav 2,55 årsarbetare är föräldralediga och 1 år är anställd på Introduktionsjobb genom Arbetsförmedlingen. Fyra vårdbiträden studerar till undersköterska varav ett vårdbiträde läser på Äldreomsorgslyftet. I nuläget är en av undersköterskorna samordnare på 100% under våren kommer vi utöka samordnartjänsten (oklart för närvarande hur mycket).

Vi hoppas kunna starta upp med multiprofessionella team träffar under våren. Syftet med team träffar är att skapa förutsättningar för samverkan mellan professionerna såsom undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut. Alla professioner med olika kompetenser får då en helhetssyn på den enskildes behov, vilket möjliggör en förbättrad personcentrerad vård och omsorg.

Under hösten har arbetsgruppen gjort en Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) undersökning och handlingsplan utifrån resultaten görs under januari 2022. Vi har även gjort regelbundna egenkontroller på Basala hygienrutiner via mentimeter. Dessa egenkontroller görs via observationer från såväl Kvalitetsombudet som övrig personal.

Under 2021 gjordes ingen brukarundersökning.

Marknadsföringen har även i år fokuserat på "Hemtjänst med hjärta". Det är viktigt att vi som team kan arbeta professionellt samtidigt som vi kan kombinera det arbetet med att tänka med hjärtat, ha ett engagemang för dem vi finns till för och ha roligt. Kunderna uttrycker ofta att det finns ett stort engagemang hos personalen.

Hemtjänsten i Alingsås startade under 2020 upp med Ringvån under juni månad. Under 2021 har intresset för Ringvån inte varit lika stort hos våra kunder.

Därutöver har den största delen av året handlat om logistiken kring en säker vård och omsorg kring arbetet med covid-19.

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 kvalitetsarbete¹ samt patientsäkerhetslag², hälso- och sjukvårdslag (HSL)³ och socialtjänstlag (SoL)⁴ och Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet⁵. 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.

Hemtjänst i Alingsås lyder under Socialtjänstlagen (SoL), Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) och LOV (Lagen om Valfrihetssystem). Hemtjänsten utför SoL-insatser hos kund enligt biståndsbeslut. Kommunens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal delegerar hälso- och sjukvårdsuppdrag.

I verksamheten arbetar undersköterskor, vårdbiträde, samordnare och verksamhetschef. Under året har rekryteringsbehovet varit stort. Antalet årsarbetare är 21,8 vid årsskiftet och bemanningen har ökat med ca 63%. Antalet ökade årsarbetare beror bland annat på ökade utförda timmar, föräldrasamt studieledigheter. Under 2021 har fyra vårdbiträde börjat studera till undersköterska. Geografiskt område som hemtjänsten är valbar som utförare är i Alingsås tätort och Hemsjö. Personal skall finnas i verksamheten måndag till söndag 7–22. Vid årsskiftet hade hemtjänsten ca 90 kunder och utförde under den månaden 3054 timmar.

Hemtjänstens inriktning är kognitiv sjukdom (demens).

3 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [SFS 2001:453](#)

⁵ [Socialstyrelsen patientsäkerhet](#)

& Ungdom och LSS-boende, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁶, HSL, Skollagen⁷ och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av direktor som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som också är organisationens kvalitetsstrateg, 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 civilsamhällsfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

För att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen har ett patient- och brukarsäkerhetsråd bildats under 2021. Rådet består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef.

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

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

⁶ [SFS 1993:387](#)

⁷ [SFS 2010:800](#)

3.1 Hemtjänst Alingsås

Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i DF respons. Under 2021 har kvalitetsombudet och verksamhetschef hjälpts åt att utreda avvikelser. På de APT vi har haft under året så har de avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga samt de åtgärder vi har kommit fram till. Diskussionerna på både APT och morgonmötena är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen för att sprida lärande.

Under 2021 startade vi upp avstämningar med patientansvarig sjuksköterska (PAS) men tyvärr fick vi pausa träffarna igen pga pandemin. För oss är det viktigt att ha fysiska möten regelbundet för att gå igenom kunderna. I nuläget samarbetar hemtjänsten med följande sjuksköterskegrupper: Centrum, Haga, Tuve och Hemsjö. Inför dessa möten kan personal skriva upp på whiteboardtavlan vad de vill skall tas upp. Sedan tar samordnaren eller någon annan ur arbetsgruppen med sig frågorna till PAS.

Vi har även startat upp avstämningsmöten via teams med enhetscheferna, Agneta och Hanna för ssk hemsjukvården i Alingsås kommun. Tyvärr hann vi bara ha ett möte innan covid-19 smittan ökade kraftigt igen. Syfte med dessa möten är att stämma av läget, lyfta förbättringsområden, prata avvikelser samt komma fram till gemensamma arbetssätt som fungerar för båda hemtjänsten och hemsjukvården.

Under 2021 har vi inte haft några Teamträffar. Vi har däremot valt att diskutera kunderna innan vi haft APT. Förhoppningarna är att vi kan starta upp fysiska möten igen under våren 2022.

Kvalitetsombudet i arbetsgruppen har under året fokuserat på avvikelser. Under hösten fick hemtjänsten ett nytt Kvalitetsombud, så för Emelie blir det att även hitta sin roll i allt annat arbete mer än avvikelser under 2022.

Samtliga medarbetare hade lönesamtal under våren 2021.

OSA enkät gjordes av både månads- och timanställda under hösten 2021.

4 Strategier och fokusområden

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov och styrs med hjälp av ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv databas. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete med att förbygga fel och brister, hantera avvikelser och främja en öppen kommunikation. Medarbetare och chefer skapar en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

Under 2021 har vi fortsatt vårt arbete 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. Vi har under 2021 fortsatt utveckla arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 15). Efter att varje verksamhet har identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter så delas dessa med övriga verksamheter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

4.1 Hemtjänst Alingsås

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2021 på följande mål och strategier:

Fokus-område	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
Ansvar för gemensamma resurser	-	Anställt fler månadsanställda	VC	2021-04-01	100
Ansvar för gemensamma resurser	Budget i balans efter 2021. Ha en effektivitet på 85% i snitt över året.	Ersätta personal frånvaro efter behov.	-	-	100
Ansvar för gemensamma resurser	Korttids sjukfrånvaro ligga på ca 6 %	-	-	juni och dec 2021	50
Diakoni i praktiken	Fortsätta att bibehålla samarbetet med Frälsningsarmén och Röda korset	Bjuda in berörda personer från respektive verksamhet på APT under året.	Alla medarbetare och vc	2021-12-01	100
Diakoni i praktiken	Fortsätta att bibehålla samarbetet med Frälsningsarmén och Röda korset	Fortsätta att ha deras flyers som info i våra Sol pärmar som finns hos alla kunder.	-	2021-12-01	100
Diakoni i praktiken	Ringvän en guldkant för kunder	Kunna fortsätta att erbjuda våra kunder detta under året som kommer.	Usk/Samordnare för Ringvän Emelie Ljunglide	2021-08-01	100
Diakoni i praktiken	Starta upp anhörigråd	När covid19 är över gå ut och inventera om det finns ett intresse hos anhöriga och bjuda in en mindre grupp till träffar.	VC	2021	0
Stolta och engagerade medarbetare	Marknadsföring	Under våren arbeta fram en strukturerad och långsiktig marknadsföring för hemtjänsten	Ombud i gruppen	2021-09-01	75
Tillit och lärande	Introubildningar för alla nyanställda	Anmäla dem som inte fått gå förra året och de som är nyanställda i år.	VC	När tillfällen erbjuds 2021	0
Tillit och lärande	Fortsatt aktuella genomförandeplaner för alla kunder	Egenkontroll 1 gång 2021 samt stämma av med kp i samband med lönesamtalet under våren	Kontaktperson/Kvalitetsombud	2021-09-01	25

Under 2021 har ett av de viktigaste målen varit att rekrytera flera månadsanställda. Detta var även det målet som medarbetarna valde att ha i handlingsplanen efter medarbetarenkäten 2020. Vi har nu uppnått en bättre balans mellan månadsanställda och timanställda vilket leder till en bättre kontinuitet hos våra kunder och även ökad stabilitet. Det innebär också att fler kan ta ansvar för tex kontaktpersonskapet och andra ombudsroller. Många av målen för varje fokusområde är uppnådda.

Några av målen har inte 100% måluppfyllelse, Minska korttidsfrånvaron samt aktuella genomförandepplaner har inte uppnåtts pga pandemin, men dessa mål kommer vi fortsätta att ha som förbättringsmål nästa år. Vi har två mål som är 0 % i måluppfyllelse på och det beror även detta på pandemin. Arbetet med dessa mål har inte startats upp alls pga pandemin.

Vi ser framemot att få arbeta med dessa mål på ett mer strukturerat sätt 2022.

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

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

också ett nära forskningspartnerskap med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

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

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

5.1 Hemtjänst Alingsås

Dessa förbättringsarbeten har vi gjort under 2021:

Driftområdeschef har varit ute i arbetsgruppen vid 3 tillfällen och haft grupputveckling. Under början av september presenterades det material som arbetsgruppen tagit fram gemensamt. Huvudområden och frågeställningar är bl a: Vad är gruppens nycklar för att komma vidare i sitt utvecklingsarbete? Hur fattar vi beslut? Hur löser vi problem? och Utvecklande kommunikation. Arbetsgruppen har i efterhand uttryckt att de upplevde det positivt att få träffa driftområdeschefen samt att de tillsammans fick ta fram gruppkontraktet.

Under maj månad startades Reflektionstillfällen upp på onsdagar för alla medarbetare som arbetar den dagen. Dessa möten schemalades i 30 min. Reflektionen har varit uppskattad och medarbetarna har fått välja vad de haft behov att prata om. Saker som har tagit upp har varit Lågaaffektivt bemötande. Andra frågeställningar som diskuterats är: Hur påverkas arbetsgruppen när vi kommer försent? Hur påverkar det arbetsgruppen om vi inte följer rutiner? Vad vill vi i gruppen att en kollega säger om en kollega till en kund?

Vi har haft handledning i Lågaaffektivt bemötande. Här fick vi hjälp med handledningen av en medarbetare från Bräcke demensboende Norr- och Södergården i Göteborg.

Vi har även påbörjat arbetet med att få korrekta tider i Carefox vid användning av cykel.

Referensgruppen för Minnenas café (fd Alzheimers café) hade ett möte under hösten för att planera för en nystart i februari 2022. Även denna nystart har vi fått avvakta med.

Under november startade de 3 hemtjänsterna inom Bräcke upp arbete kring Resultatorienterad styrning (ROS). Vi tog fram gemensamma förbättringsarbeten för alla hemtjänsterna. Vi har under slutet

av 2021 fått vår gemensamma handlingsplan som skall arbetas med fram till februari 2022 då det är dags för första uppföljningsmötet. Dessa 2 dagar har även haft mjuka värden som att vi har fått träffats, kunna ha relevanta och intressanta diskussioner tillsammans samt att ha en god känsla efter dessa dagar med det vi kom fram till.

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 porsslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

6.2 Hemtjänst Alingsås

Verksamheten uppmuntrar alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalysarbete på olika nivåer i organisationen. Den lokala ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på verksamhetsövergripande nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör individuella riskbedömningar tillsammans med kunder och närstående. På detta sätt skapar verksamheten en kultur av ett öppet arbetsklimat där risker identifieras och hanteras och där kunskap om dessa bidrar till att skapa säkrare 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 verksamhetsförändringar.

Vid första besöket hos en kund gör vi en individuell riskbedömning i hemmet, samt går igenom en checklista för att både vi och kunden ska bli medvetna om eventuella risker i hemmet. Till exempel ingår information kring den ökade risken för brand om vi är hemma hos en kund som har demenssjukdom och som inte har spisvakt. Även mattor utgör risker som vi uppmärksammar. Vi antecknar och meddelar anhöriga så att åtgärder kan göras.

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



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

7.2 Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala kontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. Egenkontroller i verksamheterna görs på tre olika sätt; extern revision, deltagande i regionala och nationella undersökningar och övriga lokala egenkontroller. Nedan följer en genomgång av vilka egenkontroller Hemtjänst Alingsås har genomfört. För resultat av egenkontrollerna, se kap 15.

7.2.1 Externa revisioner

Av de externa revisioner som gjorts på Bräcke diakoni under året har Hemtjänst Alingsås granskats eller reviderats av:

Alingsås kommun har under hösten gjort en revision och den resulterade i att alla kommunens hemtjänstutförarens förbättringsområden blev följande:

- Teamsamverkan
- Nödvändig kunskap om hjälpmedel
- Kunskap om vad som görs om barn far illa/ohälsosamma förhållanden
- God kunskap om dokumentation
- Grundläggande kunskaper /god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildning

Handlingsplan är gjord och inlämnad till Alingsås kommun.

7.2.2 Nationella och regionala undersökningar

SKR har inte gjort den annars årliga brukarundersökningen under 2021.

7.2.3 Övriga lokala egenkontroller

Inom Hemtjänst Alingsås består den lokala egenkontrollen även av:

- Basala hygienrutiner
- Avvikelser

- Stickprov på nyckelkwittering av kundernas nycklar
- Aktuella genomförandeplaner
- Checklista för riskanalys i den enskildes hem som görs vid uppstart av ett nytt ärende.
- Loggkontroller i Magna Cura
- Mätarställning på bilarna
- Vaccinationsgraden hos personal (anonymt och frivilligt via Mentimeter)

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 sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem.

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

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket 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.

8.1.1 Lex Maria

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschefen 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.

8.1.3 Hemtjänst Alingsås

På Hemtjänst Alingsås arbetar man, förutom enligt beskrivningen ovan, på följande sätt med att hantera avvikelser:

I verksamheten får alla medarbetare vid introduktionen information både muntligt och skriftligt hur vi arbetar med avvikelser. Fokus läggs på att informera medarbetarna om vikten att göra avvikelserapportering för att det är ett viktigt förbättringsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i avvikelssystemet DF respons. Under 2021 har Kvalitetsombudet och Verksamhetschef hjälpts åt att utreda avvikelser. Utredaren tar kontakt med berörd personal för att stämma av avvikelserna, men även diskutera hur förbättringsarbete (Vad kan man tänka på till nästa gång). När avvikelserna är utredd avslutas den av verksamhetschefen. Är den graderad på tre eller högre avslutas den av MAS eller SAS. På de APT vi har haft under året så har avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga. Diskussionerna på APT är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen och sprida lärande.

Nytt för i höst är att vi varje månad får ut rapporter från Kvalitetsavdelning hur verksamheten har arbetat med att gradera, utreda och avslutat avvikelser.

Vi har haft stort fokus på hur vi skriver fallrapporter och vilken information som är viktig för att kvalitetssäkra att det som skall dokumenteras finns med i kundens journal och i avvikelserrapporten i DF respons. Framför allt har vi diskuterat vikten att ta kontakt med hemsjukvården när en kund är inskriven där och vad vi gör om kunden inte är inskriven i hemsjukvården. Syftet med detta var att arbetsgruppen skall förstå vikten att dokumentera rätt information och få en tydligare bild av vilka rutiner som finns.

De avvikelser som berör hemsjukvården skrivs ut och lämnas i pappersform till enhetschef för sjuksköterskegrupperna i kommunen.

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 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 struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Medarbetarna i verksamheterna är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system. Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Speranza Akademi, internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

9.1 Hemtjänst Alingsås

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

- Tagit fram gruppkontrakt för hemtjänst Alingsås. Se kap 4.2
- Reflektioner se kap 4.2
- Startat Instagramkonto för Hemtjänstens verksamheter på Bräcke diakoni. Där är två medarbetare som är ansvariga för att hantera kontot. .
- Förbättrat logistiken kring användandet av skyddsutrustning i lokalen.

⁹ [SFS 2017:372](#)

- Handledning - Lågaffektivt bemötande. Se kap 4.2

10 Samverkan

10.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. För att förbättra kvaliteten och patient- och brukarsäkerheten behöver patienter/brukare och närståendes erfarenheter av vården tas tillvara. Patienter/brukare och närstående behöver också ges möjligheter att kunna påverka beslut och planering av sin egen vård och omsorg. Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.

10.1.1 Hemtjänst Alingsås

Kunderna är delaktiga vid uppstart och uppföljningar av genomförandeplanen. Inför uppstartsamtal och uppföljningssamtal meddelas kunderna att de kan med fördel bjuda in anhöriga eller god man eller någon annan de önskar ha med.

10.2 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

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

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

10.2.1 Hemtjänst Alingsås

- Under 2021 har verksamheten haft ett samarbete med Arbetsförmedlingen – En medarbetare på Extra tjänst. Under hösten anställdes hen på en fast tjänst.
- Vård och Omsorgs College – tagit emot studenter
- Frälsningsarmén och Röda Korset finns som en resurs för våra kunder om de önskar mer social kontakt än beviljat i biståndsbeslut.

- Våra kunder erbjuds även en Ringvän, vilket är en telefonkontakt med en volontär från Räddningsmissionen, där målet är att minska ofrivillig ensamhet genom att bygga en vänskapsrelation mellan kund och volontär.
- Anhörigstödet i Alingsås kommun kan vi hänvisa till när anhöriga behöver stöd.
- Nystart av Minnenas café (fd Alzheimers café) som drivs ihop med Bräcke äldreboende Ginstgården, Alingsås kommun och Röda Korset.

10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

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

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

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

10.3.1 Hemtjänst Alingsås

Frälsningsarmén och Röda Korset besöker våra kunder när de önskar mer social kontakt än vad hemtjänsten kan ge. De har även varit på APT under hösten och presenterat sin verksamhet.

Vi erbjuder även en Ringvän till de kunder som önskar, i samarbete med Räddningsmissionen.

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 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 evidensbaserad vård inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserad vård 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. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakoni en årlig *Kunskapsarena*¹⁰ för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2021 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad vård och kunskapsimplementering inom vård och social omsorg. I programmet deltog forskare, företrädare för SKR, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt två förbättringsteam från Förbättringskraft och projektet om Lipödem.

11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

Tidigt i pandemin tillsattes ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikator och krissamordnare som tillsammans har drivit och

¹⁰ [Kunskapsarena](#)

samordnat smittskyddsarbetet. Omvärldsbevakning på internationell, nationell, regional och lokal nivå tillsammans med riskanalyser på organisations-, verksamhets- och individnivå utgjorde grunden för en mängd åtgärder för att säkra hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet samt förhindra smittspridning. Ett tätt samarbete mellan krisledningsteam och stödfunktioner har resulterat i god kommunikation till verksamheterna och medarbetarna.

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är 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. Medarbetarna har via intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller såsom hygienkulturmetning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

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

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

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

Under 2021 har krisledningsteamets arbete bestått av driftchef, utvecklingschef, HR-chef, hälso- och sjukvårdsrådgivare, MAR och MAS. Teamet har träffats en gång per vecka för uppdatering av nya riktlinjer samt diskuterat och tagit ställning till verksamhetsnära frågor som rör pandemin. Krisledningsteamet har bjudit in chefer och andra nyckelpersoner i verksamheterna till veckovisa digitala lägesavstämningar för hur pandemiarbetet fungerar i verksamheterna samt uppdatering av ny information och riktlinjer.

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

12 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:

- 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 2021 den tolfte diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk Miljöbas krav beaktar vi också de olika krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma.

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga verksamheter och medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning. 2021 har vi skapat en egen miljöutbildning, anpassad till våra verksamheter och hur vi bäst kan vara miljösmarta. Utöver den grundläggande miljökompetensen fyller vi på med regelbundna med kompetenshöjande aktiviteter.

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

Under coronapandemin har resandet under större delen av året varit ytterst begränsat. Vi har då upptäckt att mycket fungerar lika bra genom webbmöten. Det är en erfarenhet som vi tar med oss in i framtiden och som kan göra mycket för miljön.

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

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår.
- Minska påverkan av våra arbetsresor, prioritera resfria möten i form av telefon och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt. Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Under året har en arbetsgrupp för cirkularitet och hållbarhet startats med målet att skapa nya styrdokument, rutiner och förhållningssätt kring cirkularitet, främst för möbler och inventarier. Arbetet kommer i nästa steg att involvera vår egen verksamhet för arbetsintegrering och därmed tas även ett steg för den sociala hållbarheten.
- För att reducera antalet transporter har vi en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.

- En under året genomförd energikartläggning visar att vår allra största miljöpåverkan sker i våra större fastigheter i Göteborg och Falköping. Åtgärder genom förbättrade system för övervakning och styrning av energiförbrukning är planerade. Samtliga förbrukningssiffror följs årligen upp och sammanställs i Miljöberättelsen.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Vi reser i första hand med tåg. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel-, el-, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

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

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

14 Informationssäkerhet

Under 2021 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

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

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

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Rådet har träffats för möten 7 gånger under året.

15 Resultat för Hemtjänst Alingsås

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

15.1 Kvalitetsdialog

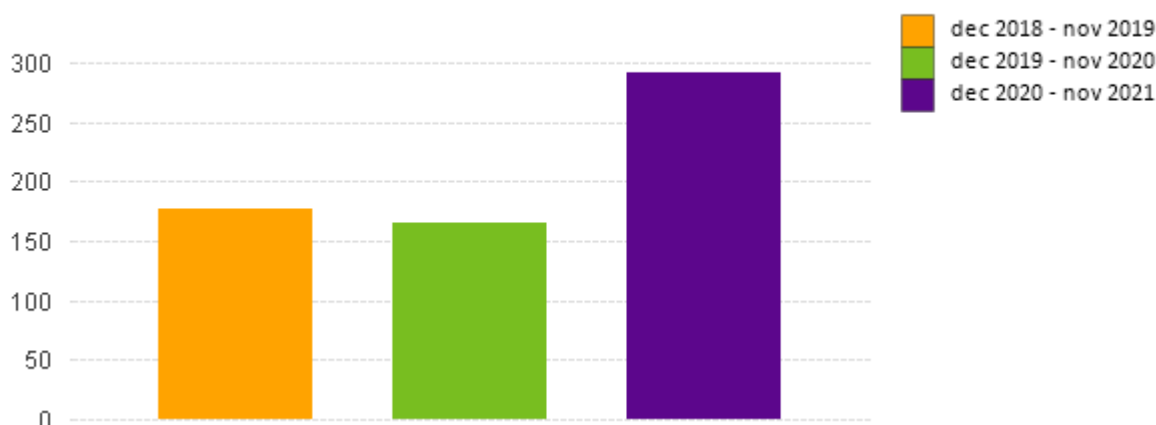
Område	Struktur	Process	Resultat	Diff S	Diff P	Diff R
1. Styrdokument och ledningssystem	2,0	2,7	2,5	0,00	0,33	0,50
2. Riskanalyser	3,0	2,8	2,0	0,00	0,05	-1,00
3. Avvikelsehantering	3,0	2,0	3,0	0,00	0,00	0,00
4. Egenkontroll	2,5	3,0	2,0	-0,50	0,33	-1,00
5. Kunskap och kompetens	3,0	2,5	3,0	0,00	0,50	0,00
6. Samverkan	2,0	2,5	3,0	0,00	-0,50	0,00

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

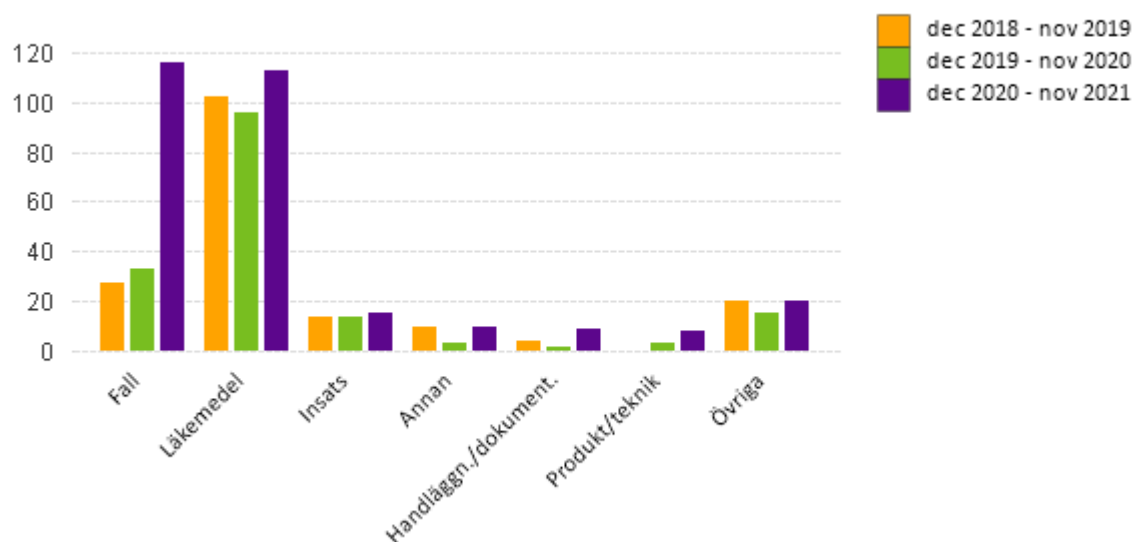
Hemtjänst Alingsås har flertalet områden med mycket god kvalitet men också områden med förbättringspotential som ligger inom såväl strukturer, processer och resultat. Generellt sett har verksamheten uppnått goda resultat under 2021 och minskningen sedan förra året kan kopplas till resursbrist bland annat på grund av coronapandemin. Verksamheten har förbättrat sina processer kring styrdokument och ledningssystem, egenkontroll och kunskap och kompetens. En del förbättringspotential var planlagd redan under 2021 men har inte kunnat genomföras pga pandemin och dess konsekvenser, t.ex. uppstart av anhörigråd och introduktionsutbildning till alla nyanställda. Dessa mål flyttas till 2022. Under 2022 kommer fokus även att ligga på att fortsätta öka andelen styrdokument i ledningssystemet, gå igenom ledningssystemet på APT och att öka antalet dokumenterade synpunkter.

15.2 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



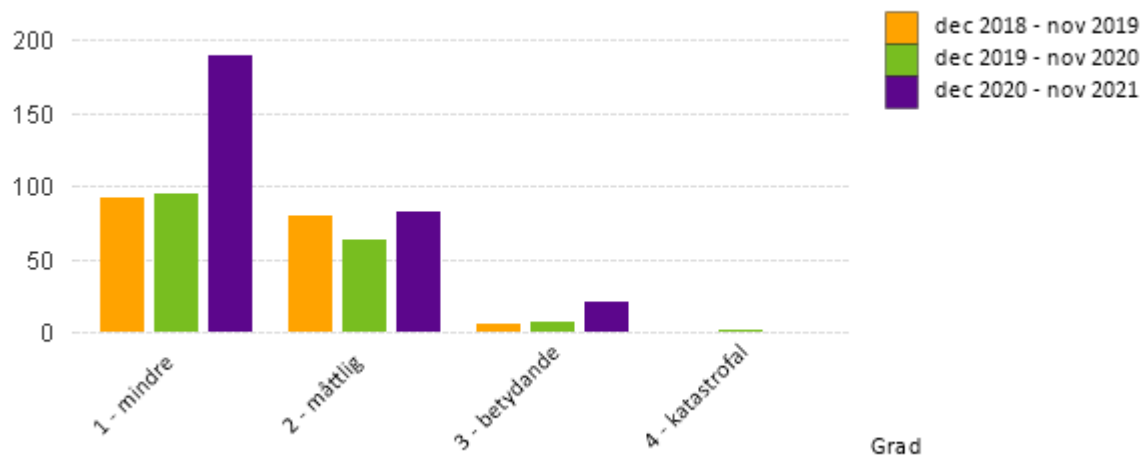
Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Det har skett en stor ökning av avvikelser under 2021 jämfört med tidigare år och det kan nästan helt förklaras av ökade antal fallavvikelser. Denna ökning har två orsaker; dels har hemtjänsten Alingsås ett delvis nytt kundunderlag där vissa nya kunder faller ofta och dels har verksamheten ändrat arbetssätt kring fall. Istället för att endast hjälpa kunden som fallit upp igen skriver man nu mer fallavvikelser och agerar förebyggande, t.ex. genom att informera anhörig om behov av vårdkontakt. Läkemedelsavvikelseerna är fortsatt höga och planerade åtgärder är att arbeta som vi gjort tidigare men framför allt förkorta utredningsprocessen. Vi planerade under hösten även att MAS kommer till vårt APT under mars månad för att ge oss förslag kring hur vi kan arbeta vidare med åtgärder.

Allvarlighetsgrad (antal)



Figur 4. Avvikelseernas allvarlighetsgrad för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Ökningen av avvikelser ligger främst inom mindre avvikelser, vilket reflekterar ett gott förebyggande arbete i och med att dessa hanteras innan de blir allvarligare. Dock har även en ökning skett bland betydande avvikelser, vilka är av varierande slag, de har handlat om att glömma låsa medicinskåp hos kund, feldelade dosetter dock ej orsakat hemtjänstpersonalen, tappad apodospåse, allvarlig fallolycka och borttappad nyckel till kund. Dessa har åtgärdats med nya rutiner och arbetssätt samt uppföljning sker för att säkerställa att rutinerna och nya arbetssätt följs.

15.2.1 Lex Maria

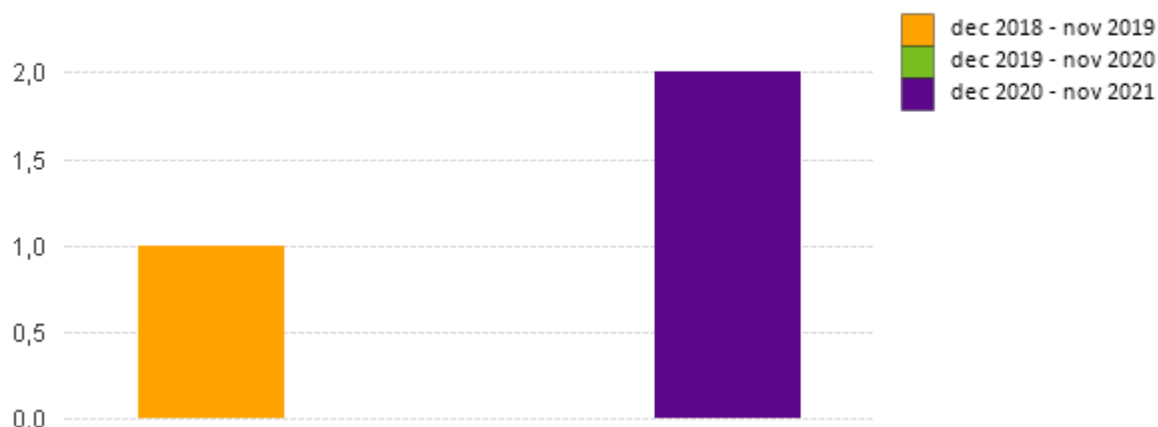
Inga avvikelser är utredda enligt lex Maria.

15.2.2 Lex Sarah

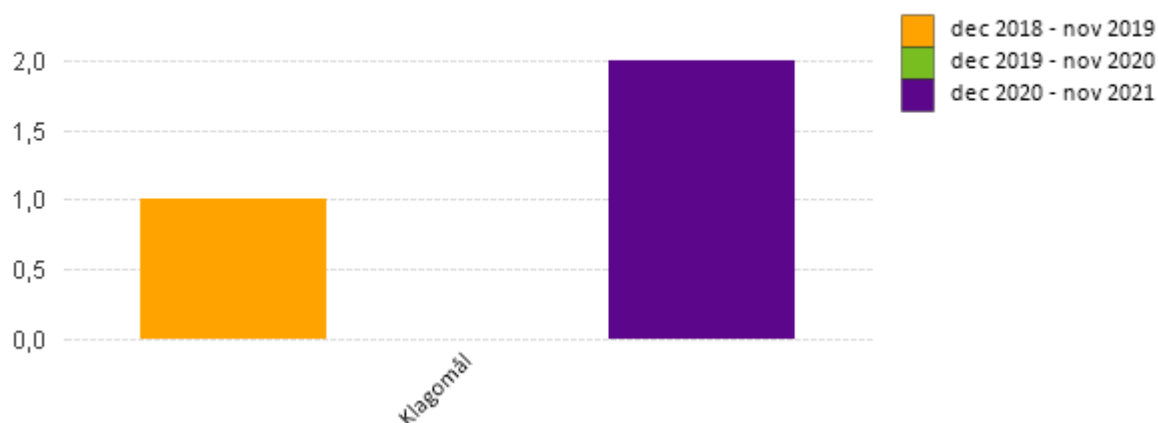
En avvikelse angående trygghetslarm utreds enligt Lex Sarah, denna avvikelse är under utredning.

15.3 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 5. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Få synpunkter har registrerats och dokumentation av synpunkter är ett mål för 2022. Båda synpunkterna handlade om felparkerade bilar.

15.4 Kvalitetsregister

15.4.1 Senior alert

Hemtjänsten hjälper PAS att fylla i dokumenten men har inte tillgång till Senior alert. Dock fås återkoppling via teamträffar i de fall en kunds behov kräver detta. Under 2021 har risker följts upp och åtgärdats tillsammans med PAS.

15.4.2 BPSD-registret

Hemtjänsten har först och främst använt BPSD under året vid bemötandeproblematik. Vi anser att BPSD fungera bra som ett verktyg när arbetsgruppen behöver en plan för bemötande. Och de planer som är gjorda under året har gett gott resultat. Vi ser direkta vinster i att både kunder och personal blir tryggare när det finns en likriktning i hur personalen bemöter kunden.

15.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar

Under 2021 genomförde Socialstyrelsen inga nationella undersökningar inom äldreomsorgen.

15.6 Egenkontrollprogram

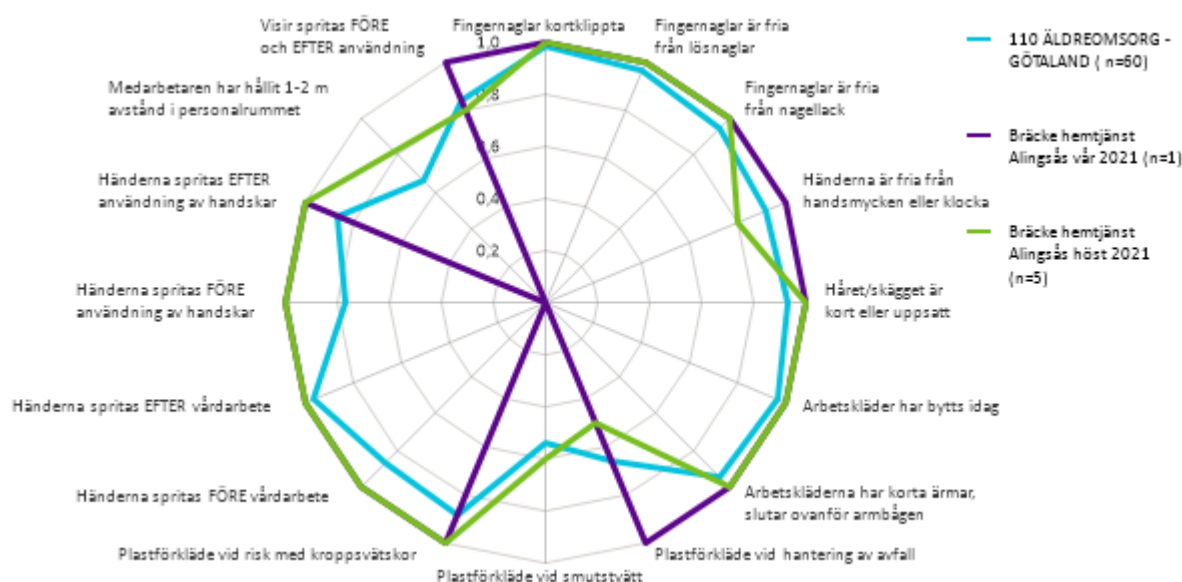
Egenkontrollen av genomförandeplaner visar på att aktuella genomförandeplanerna inte alls är lika många som tidigare år. Under 2021 har det varit svårt att avsätta tid för kontaktpersonerna att skriva nya eller göra uppföljningarna.

Egenkontroll av kundernas nyckelhantering har visat på att det har funnits brister i den vardagliga hanteringen. Åtgärder som gjordes var att avvikelser skrevs på de datum som inte nyckelhanteringen sköttes enligt den rutinen som finns. Processen för ut kvittering och inlämnande har diskuterats på APT. Vid senaste egenkontrollen i november visar på förbättringar av nyckelhanteringen.

Loggkontroller av Magna Cura har varit utan anmärkning.

Verksamheten har följt upp vaccinationsgraden av personal i verksamheten med hjälp av mentimeter. Mätningen har gjorts anonymt på frivillig basis. Denna mätning kan ha påverkat den ökade vaccinationsgraden som idag nästan är 100%.

15.6.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 6. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2021 och driftområdets resultat för hela 2021.

Egenkontrollerna bygger på att en personal observerar en annan. Eftersom största delen av dagen består av ensamarbete görs observationerna bland annat under morgonmötet när alla som arbetar den dagen är samlade och kan observeras, under dubbelbemanningar, samåkningar i bilen och under andra gemensamma träffar under dagen. Nytt för i år har varit att den som observeras vid en tex dubbelbemanning meddelas innan. Användandet av Mentimeter har förenklat momentet när de skall göras. Vi får också ett tydligare resultat för de mätningar som görs och vi kan enkelt analysera resultatet och arbeta med förbättringsarbete där det behövs. Samtidigt som det är viktigt att arbetsgruppen även får en tydlig bild av vad de är duktiga på.

Hemtjänsten hade under våren svårt att hinna med att göra egen kontrollen och därför finns bara en mätning. Detta gör det svårt att dra några slutsatser från vårens resultat. Under hösten har fler kontroller gjorts och det leder till att resultatet är lättare att utläsa. Generellt sett har verksamheten god följsamhet till basala hygienrutiner och ofta bättre än Bräcke diakonis övriga äldreomsorgsverksamheter i Götaland. Den lägre följsamheten till att "Händerna är fria från handsmycken eller klockor" kan bero på att några medarbetare väljer att ta av sina klockor efter morgonmötet (men innan de möter kunderna). Dessa medarbetare är medvetna om att de skall tas av. Personalutrymmet ger inte alltid möjlighet till att hålla 1–2 m avstånd mellan varje stol, men oftast fungerar det och ytan är svår att ändra. Ute hos kunder så tas avfall med ut från kund och oftast går personal till ett soprum eller andra sopkärl för att slänga dessa avfallspåsar och har därför inte plastförkläde då det fungerar att följa rutinen inte i praktiken. Detsamma gäller vid tvätt, vilken tas med från kundens lägenhet till ett tvättrum där tvätten hanteras. Detta förfarande gör det svårt för personal att använda förklädet.

16 Hemtjänst Alingsås mål och strategier för det kommande året

Fokusområde	Mål	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Bra bemötande – 100% i brukarundersökningen	Varje dag ta tillvara möten med våra kunder.	Samtliga i hemtjänst Alingsås	Dec 2022
Diakoni i praktiken	Starta upp anhörigråd	När covid-19 är över, inventera intresset hos anhöriga och bjuda in en mindre grupp till träffar.	VC	Dec 2022
Tillit och lärande	Introubildning till alla nyanställda	Anmäla de som inte fått gå förra året och de som är nyanställda i år.	VC	När tillfällen erbjuds 2022
Tillit och lärande	Öka andelen dokumenterade synpunkter	Dokumentera de synpunkter som kommer in i DF Respons.	VC/Kvalitetsombud	2022
Stolta och engagerade medarbetare	Nystart av Minnenas café och öka kundernas deltagande.	Ombudet för Minnenas café ska erbjuda kunder att följa med till cafét.	Ombud för Minnenas café	2022
Tillit och lärande	Reflektionsmöte onsdagar, minst 25 tillfällen under 2022	När det finns utrymme för det planera in reflektionsmöte på onsdagar.	VC och Samordnare	2022

Diakoni i praktiken	Öka kontinuiteten hos kunderna	Dela in geografiska områden efter hemsjukvårdens områden och om möjligt göra arbetsgrupper efter personalens önskemål.	VC, samordnare, medarbetare	Våren 2022
---------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------