

Bräcke äldreboende Ginstgården

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2021*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2021

Bräcke äldreboende Ginstgården

© Bräcke diakoni - februari 2022

Innehåll

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Sammanfattning..... | 5 |
| 2 | Inledning | 7 |
| 3 | Organisation och ansvar | 8 |
| 3.1 | Äldreboende Ginstgården..... | 9 |
| 4 | Strategier och fokusområden | 9 |
| 4.1 | Äldreboende Ginstgården..... | 10 |
| 5 | Systematiskt förbättringsarbete | 11 |
| 5.1 | Äldreboende Ginstgården..... | 12 |
| 6 | Riskanalyser..... | 12 |
| 6.1 | Riskanalyser på verksamhets- och individnivå..... | 13 |
| 6.2 | Äldreboende Ginstgården..... | 13 |
| 7 | Egenkontroll..... | 13 |
| 7.1 | Kvalitetsdialog..... | 13 |
| 7.2 | Lokal egenkontroll i Äldreboende Ginstgården | 14 |
| 7.2.1 | Externa revisioner | 14 |
| 7.2.2 | Journalgranskning av Alingsås kommun har gjorts enligt rutin.Nationella och regionala undersökningar | 14 |
| 7.2.3 | Övriga lokala egenkontroller | 15 |
| 8 | Avvikelsehantering..... | 15 |
| 8.1 | Avvikelser | 15 |
| 8.1.1 | Lex Maria | 15 |
| 8.1.2 | Lex Sarah | 15 |
| 8.1.3 | Äldreboende Ginstgården | 16 |
| 8.2 | Klagomål och synpunkter..... | 16 |
| 8.2.1 | Äldreboende Ginstgården | 16 |
| 9 | Medarbetarnas delaktighet | 17 |
| 9.1 | Äldreboende Ginstgården..... | 17 |
| 10 | Samverkan..... | 17 |
| 10.1 | Samskapande med brukare/patienter och närstående..... | 17 |
| 10.1.1 | Äldreboende Ginstgården | 18 |
| 10.2 | Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare | 18 |
| 10.2.1 | Äldreboende Ginstgården | 19 |
| 10.3 | Samverkan med andra samhällsaktörer | 19 |
| 10.3.1 | Äldreboende Ginstgården | 19 |
| 10.4 | Forskningsamverkan..... | 19 |
| 10.4.1 | Äldreboende Ginstgården | 21 |
| 11 | Kvalitetsarbete under coronapandemin | 21 |
| 12 | Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete..... | 22 |
| 13 | Miljöarbete..... | 23 |
| 14 | Informationssäkerhet..... | 24 |
| 15 | Resultat för Äldreboende Ginstgården | 25 |
| 15.1 | Dokumenterade förbättringsarbeten | 25 |

| | | |
|--------|---|----|
| 15.2 | Kvalitetsdialog | 25 |
| 15.3 | Avvikelser | 26 |
| 15.3.1 | Lex Maria | 27 |
| 15.3.2 | Lex Sarah | 27 |
| 15.4 | Synpunkter | 28 |
| 15.5 | Kvalitetsregister | 29 |
| 15.5.1 | Senior alert | 29 |
| 15.5.2 | Svenska palliativregistret..... | 30 |
| 15.5.3 | BPSD-registret | 30 |
| 15.6 | Socialstyrelsens nationella undersökningar..... | 31 |
| 15.7 | Egenkontrollprogram | 31 |
| 15.7.1 | Egenkontroll Basal hygien | 31 |
| 16 | Äldreboende Ginstgårdens mål och strategier för det kommande året | 32 |

1 Sammanfattning

2021 har varit ännu ett intressant år som har präglats av covid-19. Vi har trots detta försökt att skapa ett år fyllt av lärande och försökt att utveckla verksamheten framåt. På grund av covid-19 har även detta år präglats av mycket riskbedömningar som har bidragit till att smittan kunnat hållas under kontroll.

Under året har vi satsat på personalen, dom har fått gå en palliationsutbildning. Utbildningen har gjorts av kollegor som har blivit utbildade handledare via Betaniastiftelsen. En utbildning som har varit mycket uppskattad av medarbetarna. Resultatet av detta har också blivit att det palliativa arbetet och den dokumentation som undersköterskorna gör kring boende som är palliativa har aktualiserats då förförståelsen har ökat hos medarbetarna.

Av målen som sattes 2021 kan vi se att det hårda arbete som gjordes under året med fallprevention på våra BPSD-möten har givit resultat. Vi kan se att fallen under 2021 har minskat för andra året i rad. Vi ser det som ett framgångssätt att arbetsgruppen på de olika enheterna får möjlighet tillsammans med flera olika kompetenser utvärdera och skapa handlingsplaner för de enskilda personerna.

Genom att varje månad ha korta uppföljningar med de olika enheterna kan vi också se att grupperna får möjlighet att utveckla sig och ta upp svåra frågor och möjlighet ges att bearbeta ansträngande händelser.

I dagsläget har dom flesta boende en riskbedömning i enskildes hem och vi behöver fortsättningsvis jobba på att alltid göra riskbedömningar i samband med inflyttning och vid hälsoförändringar. I brukarundersökningen 2020 fick vi rätt dåligt betyg av den mat som serverades. Det är någonting som vi under året har jobbat med. Vi har under året fått en ny matleverantör och personalen har fått möjlighet att gå den utbildning som Dafgård erbjudit. Under året har vi inte fått ett enda klagomål på maten och det blir spännande att se vad brukarundersökningen visar.

Majoriteten av personalen har gått de webbutbildningar som var satta som mål för 2021; Noll vision, demens ABC, demens ABC+, basal vårdhygien och säker läkemedelshantering. Ny personal jobbar på att gå alla utbildningar.

Vi har fortsatt arbetet med att personalens skall känna sig trygga och bekväma med att registrera olika avvikelser i DF Respons. För att uppnå detta har vi under BPSD-möten pratat om vad en avvikelse kan vara och vad lärandet kan bli av avvikelser. Vi har också ett aktivt arbete kring att dokumentera synpunkter och klagomål i DF Respons.

Våra sociala medier har gått varma i år. Tidvis har det varit den kontakten anhöriga har valt att ha insyn i vardagen hos sina anhöriga. Vi har lagt upp bilder på det som händer i vardagen, allt från kakkbak till dans. Vi har fortsatt haft restriktioner på Ginstgården så att boende inte har blandats från olika enheter för att ha aktiviteter. Det har i sin tur gjort så att alla aktiviteter har gjorts på de fyra olika enheterna. Det har varit en utmaning för personalen att aktivera de olika personerna med sina olika intressen.

På grund av den ansträngande situationen som våra sjuksköterskor har haft under året har registreringen i det palliativa registret varit bristande. Någonting vi har som mål att förbättra under 2022. Sammanfattningsvis för Ginstgårdens boende och personal har 2021 varit ett spännande, komplicerat år som också varit väldigt utvecklande och roligt.

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.

Ginstgården är ett särskilt boende för äldre personer med kognitiv svikt och har 32 lägenheter fördelade på fyra enheter. Ginstgården bedriver vård och omsorg enligt SoL och HSL. Bräcke diakoni har drivit Ginstgården sedan 2010. Mellan oktober 2016 och november 2020 drevs Ginstgården i ett unikt IOP (Idéburet Offentligt Partnerskap) med Alingsås kommun, där Ginstgården var en del av en vårdkedja för personer med kognitiv svikt. Målet med vårdkedjan var att överbygga de glapp som uppstår för den enskilde i vårdens och omsorgens övergångar samt att genom utbyte av erfarenheter, gemensamt lärande och metodutveckling kunna stärka ett personcentrerat och evidensbaserat arbetssätt. Genom detta IOP kunde Bräcke diakoni och Alingsås kommun gemensamt skapa förutsättningar för en unik sammanhållen vårdkedja med fokus på helheten i vården och omsorgen av personer med kognitiv svikt och deras anhöriga. Under 2020 vann Bräcke diakoni upphandlingen av ett nytt avtal som påbörjades den 12 november 2020. I och med det nya avtalet så har vi fortsatt att sträva mot att arbeta för att bibehålla vårdkedjan. I verksamheten finns undersköterskor, vårdbiträden, stödpedagog, sjuksköterska och distriktssköterska. Dessutom finns tillgång till läkare via Bräcke vårdcentral Centrum. Tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut erhålls via Alingsås kommun. Ginstgårdens stödpedagog är utbildad Silviasyster och är även anställd som biträdande verksamhetschef. Dessutom finns det undersköterskor som är utbildade med specialistkompetens i demens och palliativ vård. Ginstgårdens verksamhetschef har en mångårig chefserfarenhet inom äldreomsorgen och har en kandidatexamen inom socialt arbete. Under året som har gått har all personal gått utbildning inom palliativ vård som har genomförts i samarbete med Betaniastiftelsen. Personalen har träffats i mindre grupper under tre tillfällen och med handledare gått igenom utbildning palliativ vård.

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [SFS 2001:453](#)

⁵ [Socialstyrelsen patientsäkerhet](#)

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 & 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.

⁶ [SFS 1993:387](#)

⁷ [SFS 2010:800](#)

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

3.1 Äldreboende Ginstgården

Ginstgården har under 2021 haft 3 kvalitetsombud som har olika roller i verksamheten; biträdande verksamhetschef, undersköterska respektive distriktssköterska. Inför APT har ett förmöte genomförts i lokal ledningsgrupp med verksamhetschef, stödpedagog, sjuksköterska och en personal från varje enhet (olika varje gång utifrån kompetens och intresse). Verksamhetschefen agerar bollplank och har förstås det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet. Övrig personal är delaktiga i arbetet under APT, och har ett stort fokus på att samskapa med de boende då detta är möjligt. Ginstgårdens stödpedagog har ett övergripande ansvar för att samverka med anhöriga.

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 Äldreboende Ginstgården

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 | 100% av alla boende ska en individuell riskbedömning de närmste veckorna från inflyttningsdatum | Alla boende ska ha en individuell riskbedömning i den enskildes lägenhet vid inflyttning och få en uppföljning vid förändring. | Kontaktpersoner | 2021 | 75 |
| Ansvar för gemensamma resurser | Brukarundersöknings nöjdhet av maten önskar vi öka till 85% | Vi har ny matleverantör med ökade möjligheter att variera kosten. | Personalgruppen ska arbeta aktivt med matsituationen. | 2021 | 100 |
| Diakoni i praktiken | Dokumentera synpunkter och klagomål i DF Respons | DF Respons | Verksamhetschef | Varje månad | 75 |
| Stolta och engagerade medarbetare | Öka medarbetarundersöknings resultat i att känna sig delaktiga i sin egen arbetsmiljö. | Varje månad följa upp arbetsgruppens mående på BPSD-möten. | Arbetsgruppen och verksamhetschef | Hela 2021 | 100 |
| Tillit och lärande | 100% av alla medarbetare ska ha gått dessa utbildningar | Alla ska gå webbutbildning i Noll vision, demens ABC, demens ABC +, basal vårdhygien, säker läkemedelshantering | Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef | 2021 | 75 |

Alla boenden har haft en riskbedömning i den enskildes lägenhet i början på året men då vi har några nyinflyttade så har inte riskbedömningen uppdaterats till de nyinflyttade. Vi har under pandemin inte lyckats introducera nya medarbetare och vi har inte haft fokus på att fylla i en riskbedömning utan vi har arbetat utefter rutiner som gäller exempelvis alla vid ett covid-19 utbrott.

Vi har bytt matleverantör och arbetsgruppen har fått utbildning i att skapa en god måltid och måltidsmiljö. Eftersom nationella brukarundersökningen blev inställd 2021 kan vi inte följa upp vår målsättning den vägen, men under 2021 har vi ofta fått till oss från dom boende att maten är jättegod och att det luktar så gott när den tillagas.

Vi har under året haft dialog tillsammans med personalen om vikten av att dokumentera synpunkter för att ta tillvara den respons som är positiv men också det vi behöver utveckla. Detta är inte fullt ut implementerat till alla i personalgruppen.

Under alla BPSD-möten under 2021 har vi en stund innan mötet börjat pratat om hur arbetsmiljön är på enheten och hur den går att utveckla och säkra ytterligare. Fokus har utifrån behov legat på den psykosociala arbetsmiljön kopplat till coronapandemin, men kommer att fortsätta med annat fokus även efter pandemin då dessa samtal visat sig värdefulla.

Då vi har några nyanställda så har vi inte nått upp till att alla har gått webbutbildningarna som var i målet för 2021, men 75% av alla medarbetare har gått alla utbildningar.

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, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

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

Under 2021 har Förbättringskraft haft ett fortsatt fokus på att stärka teamens kunskapssökande för ökad evidensbaserad förbättring. 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 målluppfyllnad och förbättrad kvalitet. Utifrån dessa förbättringsområden tas handlingsplaner fram för aktuell period. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och målluppfyllnad i förbättringsarbetet och avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period.

5.1 Äldreboende Ginstgården

Ginstgårdens 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.

Under 2021 har vi på Ginstgården arbetat på våra BPSD-möten med förbättringar för våra äldre både gällande utomhusmiljö och fallprevention. Vi har samtalat enhetsvis och genom dialog kommit fram till lämpliga aktiviteter och fallpreventioner. Vi har också genom palliationsutbildningen utökat vår dokumentation vilket har förbättrat uppföljningen av den palliativa vården.

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 arbetssätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

6.2 Äldreboende Ginstgården

Riskanalyserna och samverkan i teamet skapar ett öppet arbetsklimat och trygghet i arbetsgruppen där olika frågor om säkerhet synliggörs. Under året har vi kontinuerligt gjort riskanalyser för våra boenden både när det gäller fall, trycksår och undernäring.

Vi använder oss regelbundet av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov av läkare som är knuten till boendet. Vid läkemedelsgenomgång så använder vi oss av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro och symtomskattning för att skatta den boendes symtom för att kunna identifiera effekter och biverkan på läkemedel.

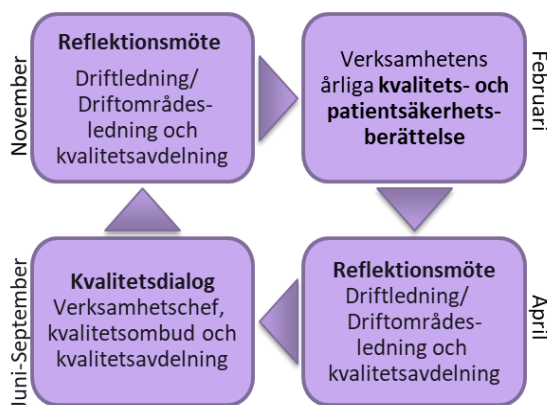
Dessutom har upprepande riskanalyser genomförts för att skydda våra äldre från att bli smittade av covid-19. Riskanalyserna har vi gjort innan inflyttning och under tiden personerna varit boende hos oss. Vi har även gjort noggranna riskanalyser när det gäller besökande till Ginstgården. Riskanalys vid besök har oftast varit en avvägning mellan den psykiska hälsan och risken att bli smittad av covid-19. För att möjliggöra säkra besök vid vård i livets slutskede har vi gjort specifika riskanalyser för dessa situationer. Vi har arbetat under året med att all personal skall känna sig bekväm med att göra avvikelser så att vi i tid kan fånga upp allt från ett felaktigt arbetssätt till fallrisker eller smittorisker.

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 Äldreboende Ginstgården

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 Äldreboende Ginstgården 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 Äldreboende Ginstgården granskats eller reviderats av:

7.2.2 Journalgranskning av Alingsås kommun har gjorts enligt rutin. Nationella och regionala undersökningar

Äldreboende Ginstgården har under 2021 deltagit i följande nationella eller regionala undersökningar.

- Senior alert
- Svenska palliativregistret

- BPSD-registret

7.2.3 Övriga lokala egenkontroller

På Äldreboende Ginstgården består den lokala egenkontrollen även av:

Hygienmätningar har gjorts under 2021 som har diskuterats på APT. SBA görs regelbundet av brand-skyddsombud. Det har även gjorts egenkontroll genom temperaturmätning av mat. Under 2021 har vi anlitat person som har kontrollerat alla sängar och alla hjälpmedel.

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 Äldreboende Ginstgården

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

Vi arbetar med kulturen att det är bra med avvikelser så att vi kan fånga upp förbättringsområden innan händelser blir allvarliga. Avvikelserna går vi alltid igenom på våra BPSD-möten där vi skapar lärande och utformar ett förebyggande arbete för mer allvarliga avvikelser. När det inträffar allvarligare avvikelser går dessa igenom på APT.

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 anhöriga. 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 vidtagen åtgärd.

8.2.1 Äldreboende Ginstgården

De flesta synpunkter bemöts enbart muntligen, men ett aktivt arbete pågår för att öka synpunktsdokumentationen i avvikelssystemet. Vi ser att inte bara negativa händelser behöver dokumenteras, beröm är viktiga för att lyfta det som fungerar väl i verksamheten.

⁹ [SFS 2017:372](#)

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 policys, 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 Äldreboende Ginstgården

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

Under 2021 har Ginstgårdens personal gått utbildning i palliativ vård. Vi har haft tre olika träffar med utbildande handledare där personal har lärt sig om personer i livets slutskede och har fått möjlighet att närma sig och fördjupa sig i ämnet.

En stor del av personalgruppen har genomfört Bräcke diakonis webbaserade miljöutbildning.

Ginstgårdens sjuksköterskor har genomfört en tilläggsutbildning för dokumentationssystemet Magna Cura.

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 behö-

ver patienter/brukare och anhörigas erfarenheter av vården tas tillvara. Patienter/brukare och anhöriga 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 Äldreboende Ginstgården

De boende på Ginstgården är medskapare och medverkar till upprättande av sin egen genomförandeplan samt är delaktiga när individuella vårdplaner upprättas. Anhöriga är även behjälpliga och skriver en levnadsberättelse i samband med nyinflyttning. Genom levnadsberättelsen kan man lära känna den boende och hans tidigare liv. Vid pandemins start 2020 och under 2021 var vi tvungna att ställa in de aktiviteter som var planerade med boenderåd och anhöriga.

Ginstgårdens stödpedagog har ett övergripande ansvar för att samverka med anhöriga. Kontakten kan bestå av regelbundna telefonsamtal, sms, mail och/eller stödjande samtal vid besök. Att alltid signalera att tid finns för ett samtal oavsett hur kontakten inleds skapar ett förtroende. Målsättningen är att anhöriga ska känna att de aldrig stör när de söker kontakt och vill samtala. De är en viktig del av vårt team kring den som bor på Ginstgården.

Vi har två sociala rum, en sluten grupp på Facebook och ett Instagramkonto, där vi uppdaterar anhöriga med vad som händer på Ginstgården och delar vår vardag för att anhöriga ska få en inblick. Våra boende har även fått möjlighet att få inblick i sina anhörigas liv via Facebook efter samtycke. Vi har aktivt arbetat med att boende skall ha möjlighet till videosamtal med sina familjer via Ipad. Fokus har under året varit på att skapa individuella aktiviteter i mindre grupper per enhet för att minska eventuell smittspridning. Dessa aktiviteter har planerats tillsammans med den enskilde personen. Exempelvis har verksamhetschefen via mindre forum bjudit in boende att vara med och bestämma inredning inomhus. Utomhus i Ginstgårdens trädgård har de fått vara med och göra inköp och bestämma de växter som ska planteras. En av de boende har med stöd av personal skött hönsen i vår hönsgård. När det har tillåtits har vi haft bokcirkel och musikstund med musiker utifrån där de boende har varit delaktiga.

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 anhöriga. 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 hem-

met. 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 Äldreboende Ginstgården

Ginstgården samarbetar med Bräcke vårdcentral Centrum genom att ansvarig läkare från vårdcentralen kommer till Ginstgården en gång i veckan för att ha rond tillsammans med sjuksköterska. Genom Alingsås kommun får Ginstgården placeringar. Vi har även samarbetat med vårdcentralen så att personal har haft möjlighet att ta snabbtest vid misstanke om Covid-19, dock ej vid symtom.

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 Äldreboende Ginstgården

Under 2021 har vi samarbetat med Arbetarnas Bildningsförbund (ABF) och haft en trubadur som har kommit och sjungit på Ginstgården. Andra samverkanspartner har varit Alingsås kommun och Alingsåshem då vi har haft genomgång så att byggnaden behåller sina funktioner för de boende som bor på Ginstgården. Vi har ett gott samarbete med flera olika aktörer för att vara tillgängliga i samverkan kring Alzheimer café. Ginstgården ingår i samverkansgruppen kring Alzheimers café som kommer att byta namn till Café minnesvärt.

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

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

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

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

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningsarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakoni en årlig *Kunskapsarena*¹⁰ för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2021 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad omvårdning 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.

¹⁰ [Kunskapsarena](#)

10.4.1 Äldreboende Ginstgården

Under första delen av 2021, vecka 10–15, hade vi en sjuksköterskestudent från Luleå tekniska universitet.

11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

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

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

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är 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 hygienkulturmätning 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 arbetsätt 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 förbrukningsciffror 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 Äldreboende Ginstgården

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

15.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

Av analys kan vi se att arbetet kring fallprevention har givit resultat då vi andra året i rad har minskade fall.

15.2 Kvalitetsdialog

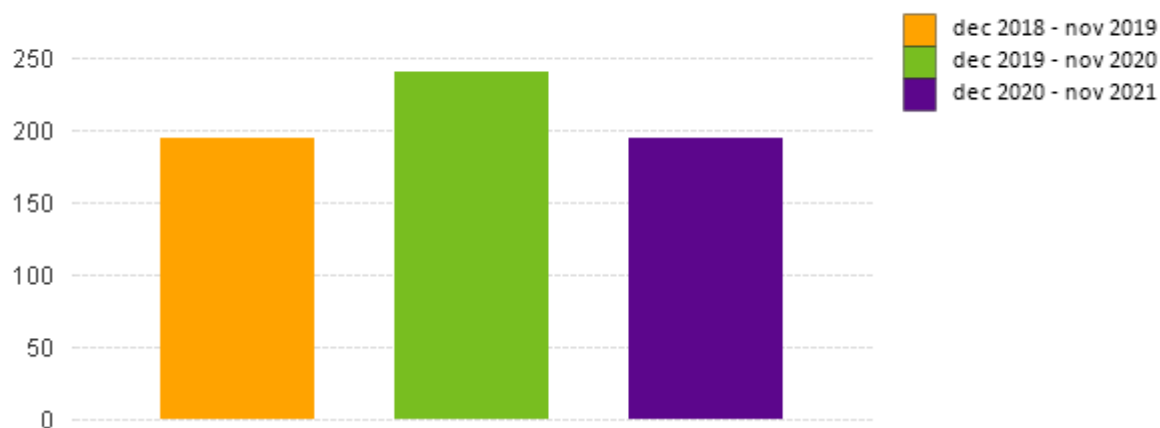
| Område | Struktur | Process | Resultat | Diff S | Diff P | Diff R |
|------------------------------------|----------|---------|----------|--------|--------|--------|
| 1. Styrdokument och ledningssystem | 3,0 | 2,3 | 2,5 | 0,67 | 0,00 | 0,00 |
| 2. Riskanalyser | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3. Avvikelsehantering | 3,0 | 2,6 | 2,0 | 0,00 | 0,20 | -0,33 |
| 4. Egenkontroll | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 0,00 | 0,33 | 0,00 |
| 5. Kunskap och kompetens | 3,0 | 2,5 | 3,0 | 1,00 | -0,50 | 0,50 |
| 6. Samverkan | 3,0 | 2,7 | 3,0 | 0,33 | 0,33 | 0,50 |

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

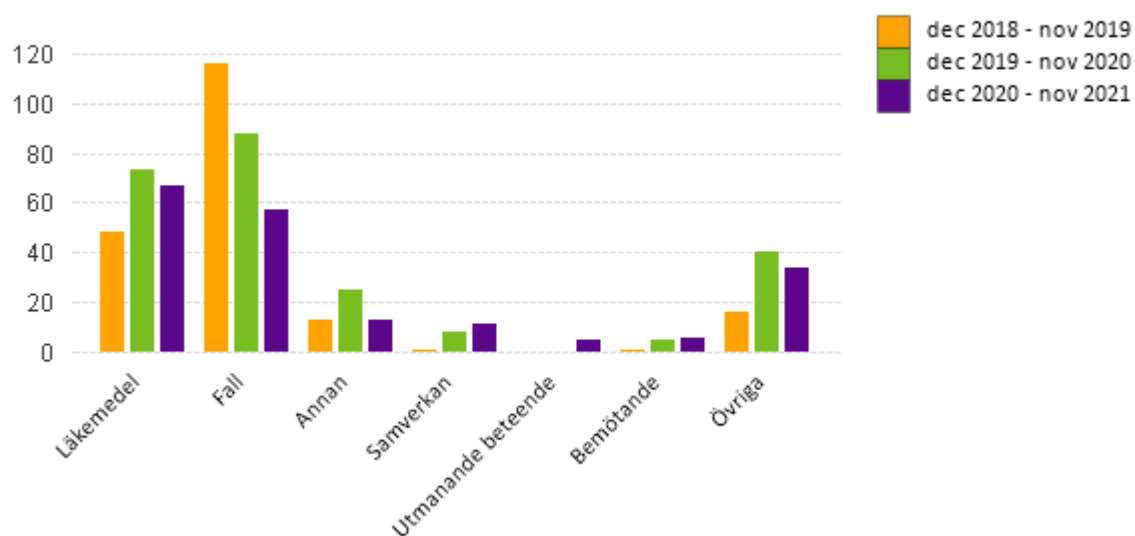
Ginstgården har en mycket väl utvecklad struktur inom alla områden och har under 2021 förbättrat flertalet områden. Redan 2020 fanns ett utmärkt riskanalyserbete med goda resultat från struktur till resultat. Samverkan har förbättrats under året och är även denna på en mycket god nivå men processen planeras att utvecklas ytterligare. De flesta processer är välfungerande men det finns utvecklingspotential i att utveckla användningen av ledningssystemet och synpunktshandlingen, som är del av avvikelsehanteringen.

15.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



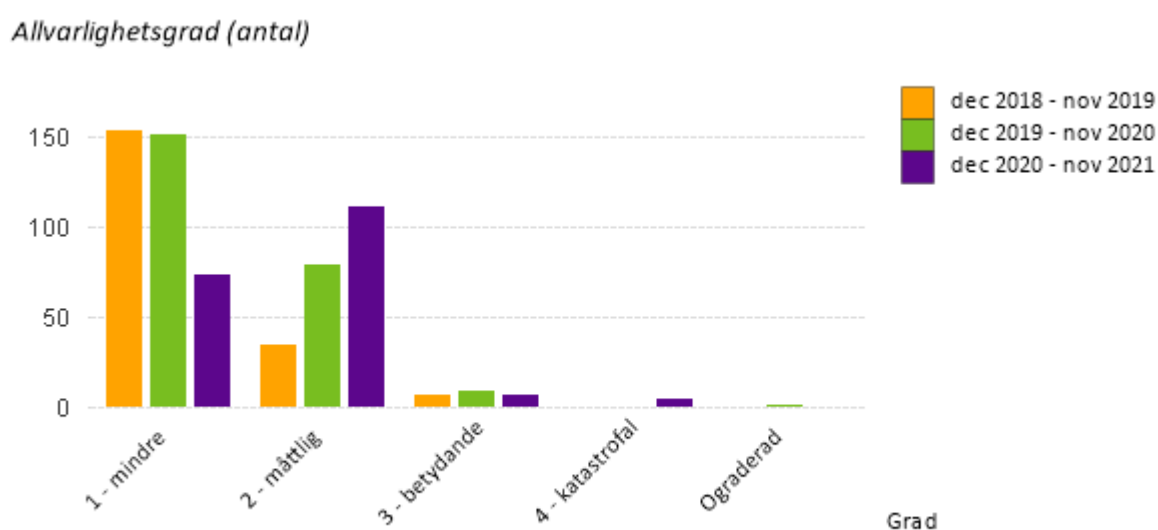
Antal avvikelser per typ



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

Medarbetarna är sedan flera år bra på att anmäla avvikelser, se figur 3. Läkemedelsavvikelser och fall står för majoriteten av alla avvikelser men ett fokuserat arbete kring att minska fall och läkemedelsavvikelser har gett goda resultat genom speciellt minskat antal fallavvikelser. De i övrigt vanligast förekommande avvikelsekategorierna är samverkan, utmanande beteende och bemötande tillsammans med samlingskategorierna Annan (okategoriserade avvikelser, med möjlighet till fritextkategorisering, i de

fall ingen befintlig avvikelsetyp passar in) och övriga, som är en summering av de ovanligaste avvikelserna. Slutsatsen av denna analys är att Ginstgården kommer fortsätta att använda sina olika arbetsätt för att minska såväl läkemedelsavvikelser som fallavvikelser.



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

Under 2021 har allvarlighetsgraden ökat något genom att det är färre mindre avvikelser men fler måttliga avvikelser. Detta kan delvis bero på att vi kan se att boende idag är i ett sämre skick idag än tidigare vid inflyttning till ett särskilt boende. Det har också skett en katastrofal avvikelse som har utvecklats till ett personalärende. Andra allvarliga avvikelser som registrerats är; Vid två tillfällen har personal upptäckt att boende har rökt i sängen. Vid övergången mellan sommar och vintertid var larmet förskjutet en timma så att larmen inte gick direkt till nattpersonalen, vilket bidrog till att boende fick vänta onödigt länge på hjälp. Vid ett tillfälle har det upptäckts att en stor mängd narkotiska läkemedel har försvunnit ur ett läkemedelsskåp. En avvikelse har skickats till ambulansen för att utredas då ambulanspersonalen inte läste eller lyssnade på information angående boende så att personen fick lida onödigt mycket vid transport och även vid överlämnandet till akutmottagningen.

15.3.1 Lex Maria

Verksamheten har inte haft någon avvikelse som har utretts enligt Lex Maria under 2021.

15.3.2 Lex Sarah

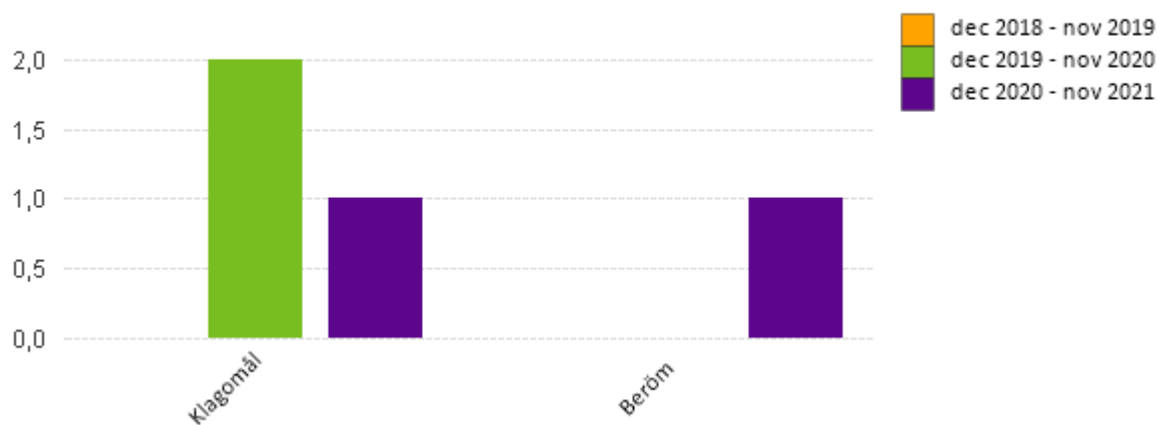
Verksamheten har haft två avvikelser som har utretts enligt Lex Sarah. Båda händelsernas rapportering visade sig bero på missförstånd och ingen av händelserna har utgjort ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande.

15.4 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



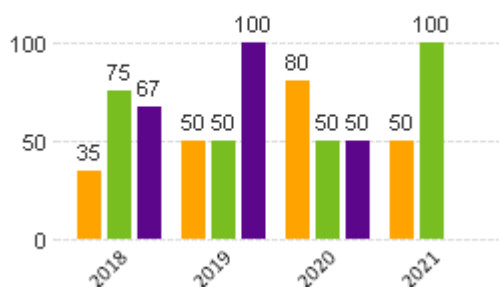
Figur 5. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Två synpunkter har registrerats i systemet, ett klagomål och ett beröm. Beröm är viktiga för att lyfta det som fungerar väl i verksamheten. Övriga synpunkter bemöts fortfarande enbart muntligen, men ett aktivt arbete pågår för att öka synpunktsdokumentationen i avvikelssystemet.

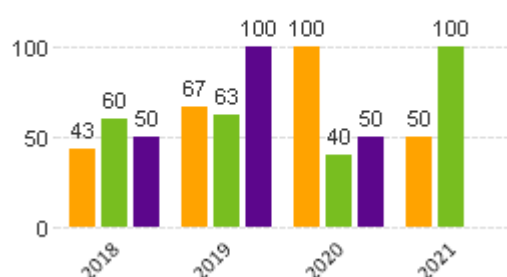
15.5 Kvalitetsregister

15.5.1 Senior alert

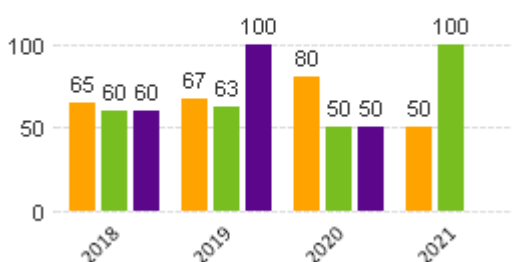
Andel boende med risk för trycksår (%)



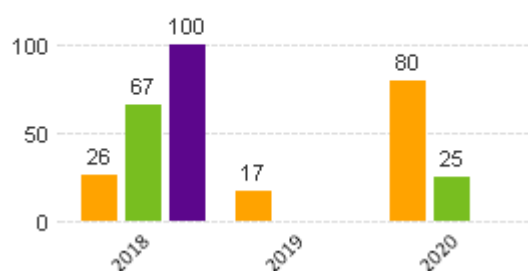
Andel boende med risk för undernäring (%)



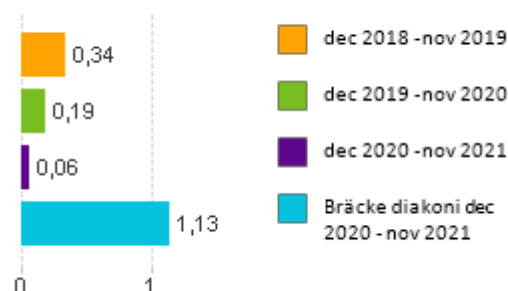
Andel boende med risk för fall (%)



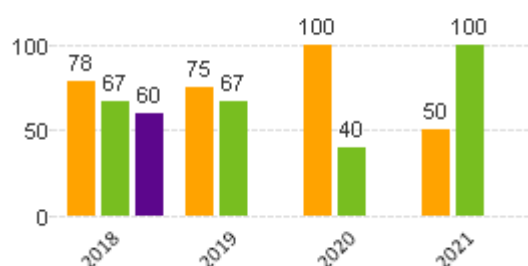
Andel boende med risk för ohälsa i munnen (%)



Antal riskbedömningar/plats



Andel boende med risk (%)

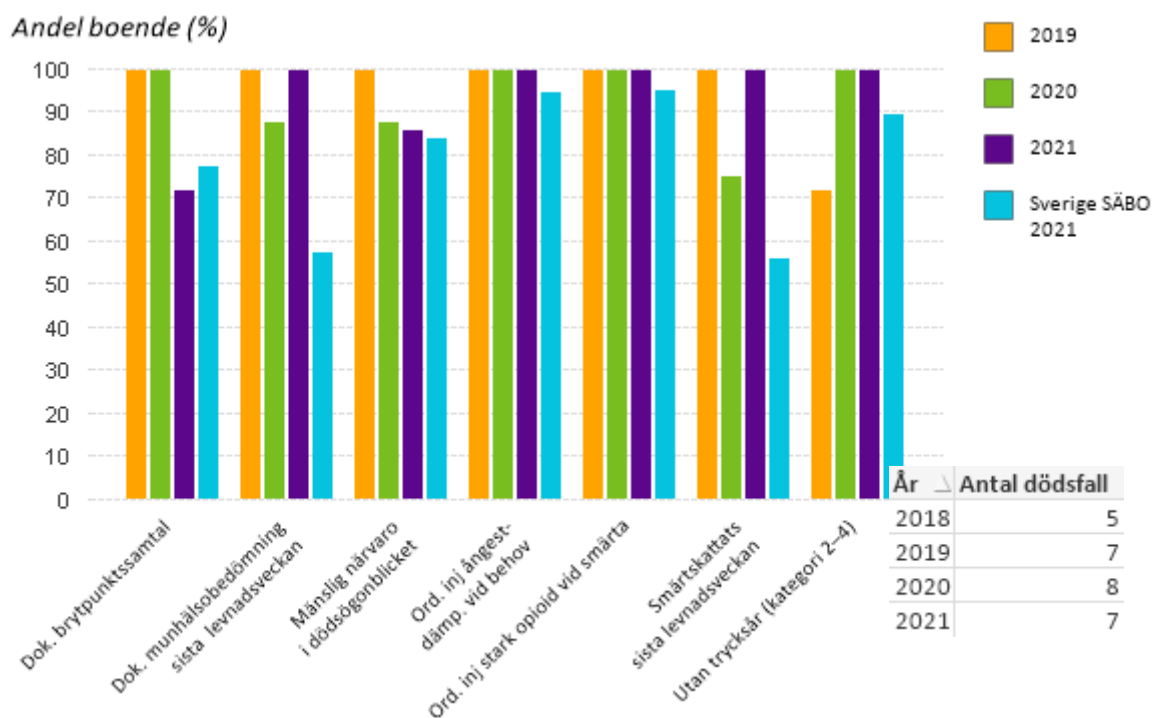


Figur 6. Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2021 samt jämförelser med tidigare år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Andelar planerade och utförda åtgärddar anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

På Ginstgården används Senior alert som verktyg men än så länge registreras inte arbetet regelbundet, därför är det bara enstaka patienter registrerade. Alla boende som har registrerad identifierad risk

2021 har fått en åtgärdsplan, men ingen genomförd åtgärd är registrerad. Åtgärder har dock genomförts och dess resultat visar sig exempelvis i de minskade fallavvikelserna. Ett mål för 2022 blir att öka registreringen i Senior alert.

15.5.2 Svenska palliativregistret



Figur 7. Resultat från Palliativregistret för 2021 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Ginstgården har goda resultat i Palliativregistret, där 100% av boende har fått dokumenterad munhalsbedömning och smärtskattning sista levnadsveckan, ångest och smärta är behandlad och ingen har haft trycksår. Vid 85% av dödsfallen har den boende haft någon hos sig i dödsögonblicket, något över medelvärdet på SÄBO i Sverige och alla har haft ett brytpunktssamtal men endast 70% har blivit dokumenterat, något som kan förbättras framöver. Detta beror delvis på ny personal, både undersköterska och sjuksköterska, samt den höga belastningen som pandemin orsakat.

15.5.3 BPSD-registret

På Ginstgården används BPSD som verktyg men än så länge registreras inte arbetet regelbundet. Ett mål för 2022 blir att öka registreringen i BPSD-registret.

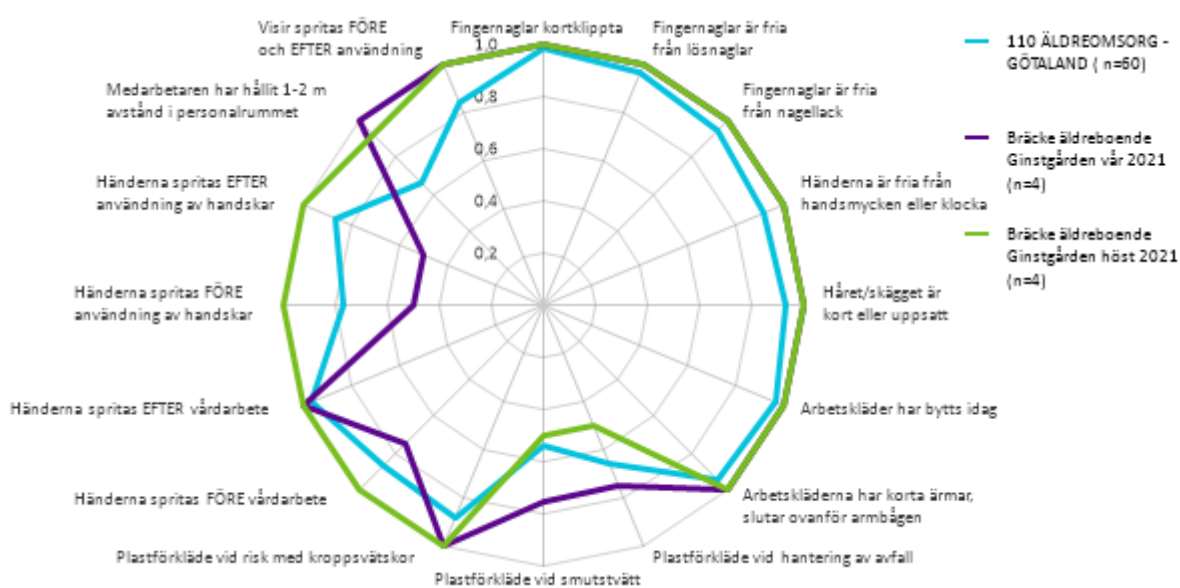
15.6 Socialstyrelsens nationella undersökningar

Under 2021 genomförde Socialstyrelsen inga nationella undersökningar inom äldreomsorgen.

15.7 Egenkontrollprogram

De lokala egenkontrollerna gäller löpande kontroller såsom loggkontroll och temperaturkontroll, vilka har visat sig följa ställda krav. Vissa hjälpmedel har behövt åtgärdas, vilket har gjorts.

15.7.1 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.

Ginstgården har en mycket god följsamhet till basala hygienrutiner. Vårens mätning visade på att användandet av handsprit före och efter användning av handskar behövde förbättras, vilket har gjorts med gott resultat vid tidpunkten för höstens mätning. Höstens mätning visar dock på en förbättringspotential kring användandet av plastförkläde vid hantering av smutsvätt och avfall. Återkoppling av resultatet har tagits upp på APT.

16 Äldreboende Ginstgårdens mål och strategier för det kommande året

| Fokusområde | Mål | Aktivitet | Ansvar | Klar senast |
|-----------------------------------|---|--|------------------|----------------|
| Stolta och engagerade medarbetare | All personal skall känna sig trygg med att dokumentera i BPSD-registret | Personalutbildning genom kommunens regi då dom under 2022 kommer utbilda instruktörer som Ginstgården kommer få möjlighet att ta del av. | VC | Dec 2022 |
| Diakoni i praktiken | Alla boende får den sociala tid de behöver utifrån genomförandeplan. | Starta veckovisa gruppaktiviteter om coronapandemiläget tillåter. | VC | September 2022 |
| Diakoni i praktiken | Alla boende får den sociala tid de behöver utifrån genomförandeplan. | Dokumentera social tid i Magna Cura, rapportera avvikelser från genomförandeplan i DF Respons. Uppföljning på BPSD-möten. | Alla medarbetare | Dec 2022 |
| Tillit och lärande | 100% av boende ska registreras i Senior Alert och BPSD-registren. | Registrera i Senior alert och BPSD. | SSK | Dec 2022 |
| Stolta och engagerade medarbetare | Öka andelen personal med kompetens inom välfärdsteknik | Göra en inventering av personalen som har intresset och utifrån det skapa tvärgrupper inom | VC | Dec 2022 |

| | | | | |
|---------------------|--|--|---------------------|--------------|
| | | Stiftelsen. Genom detta vill vi skapa en utbildningsplan för välfärdsteknik | | |
| Diakoni i praktiken | 100% boende har riskbedömning gjord i enskilda hem | Implementera befintligt arbets sätt under BPSD-möten | VC/kontaktpersoner | Juni 2022 |
| Tillit och lärande | Öka antalet dokumenterade synpunkter i DF | Lägga in synpunkter i DF. Regelbundet ta upp på APT | VC | Oktober 2022 |
| Diakoni i praktiken | Alla medarbetare ska ha varit inloggade i ledningssystemet | Öka användning av ledningssystemet, genomgång under APT. | VC/Biträdande VC | Dec 2022 |
| Diakoni i praktiken | Minska antalet läkemedelsavvikelser | Undersöka möjligheten till digital signering från Alingsås kommun. Öka förståelsen varför följsamhet till läkemedelsrutinen brister. | VC och MAS | Dec 2022 |