

Bräcke äldreboende Ginstgården

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse*

2023

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2023

Bräcke äldreboende Ginstgården

© Bräcke diakoni - februari 2024

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	6
3	Organisation och ansvar	6
4	Strategier och arbetssätt.....	7
	4.1 Fokusområden	7
	4.2 Tillitsbaserad styrning	8
	4.3 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling	8
	4.3.1 Bräcke forum	8
	4.3.2 Patient- och brukarsäkerhetsråd.....	9
	4.3.3 Förväntanssynk.....	9
5	Systematiskt förbättringsarbete	9
	5.1 Riskanalyser.....	9
	5.1.1 Riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå	10
	5.2 Egenkontroll	10
	5.2.1 Kvalitetsdialog	10
	5.3 Avvikelsehantering.....	11
	5.3.1 Lex Maria	12
	5.3.2 Lex Sarah	12
	5.4 Klagomål och synpunkter.....	12
	5.5 Förbättringsarbete	13
6	Kunskap och kompetens	13
7	Samskapande och samverkan.....	14
8	Informationssäkerhet.....	14
9	Hållbarhet.....	15
	9.1 Social hållbarhet.....	16
	9.2 Ekologisk hållbarhet	16
	9.3 Ekonomisk hållbarhet.....	17
10	Äldreboende Ginstgården.....	18
	10.1 Organisation och ansvar	18
	10.2 Strategier och arbetssätt.....	18
	10.3 Riskanalyser.....	20
	10.4 Egenkontroll	21
	10.4.1 Lokal egenkontroll i Äldreboende Ginstgården.....	21
	10.4.2 Externa revisioner	21
	10.4.3 Nationella och regionala undersökningar	22
	10.4.4 Övriga lokala egenkontroller	22
	10.5 Avvikelsehantering.....	22
	10.5.1 Synpunktshantering	23
	10.6 Kunskap och kompetens	23
	10.7 Samskapande och samverkan.....	23
11	Resultat för Äldreboende Ginstgården	24
	11.1 Systematiskt förbättringsarbete	24

11.2	Kvalitetsdialog	24
11.3	Avvikelser	24
11.3.1	Lex Maria	26
11.3.2	Lex Sarah	26
11.4	Synpunkter	26
11.5	Kvalitetsregister	27
11.5.1	Senior alert	28
11.5.2	Svenska palliativregistret.....	29
11.5.3	BPSD-registret	29
11.6	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	29
11.7	Egenkontroller.....	30
11.7.1	Egenkontroll Basal hygien	31
12	Äldreboende Ginstgårdens kvalitetsmål och strategier för det kommande året.....	31

1 Sammanfattning

Ginstgården har under året ställts inför en rad olika utmaningar.

Efter många månader utan Verksamhetschef tillsattes tjänsten från mars månad. Frånvaro av chef har gjort att många processer gått mycket långsamt fram.

Under året har vi haft en stabil medarbetargrupp som gjort att vi uppnått en god och säker omvårdnad. Detta visar sig genom fina resultat i brukarenkäten angående gott bemötande, trygghet på boendet och lätt att nå sjuksköterskan, där vi uppnår 100%. Två medarbetare påbörjade äldreomsorgslyftet varav en slutförde och är idag undersköterska och den andra avslutade sin anställning. Medarbetarna fortsätter arbeta med introduktionsprocessen för nyanställda och praktikanter medan verksamhetschef och samordnare arbetar med materialet kring inflyttningsprocessen.

Då vi är under entreprenad så har vi liksom Alingsås kommun bytt dokumentationssystem, från Magna-Cura till Combine. Två undersköterskor från Ginstgården var på ett flertal utbildningar och utbildade sedan sina kollegor. Sjuksköterskan har också deltagit på flera utbildningstillfällen. Utbildningen fortgår under året. Då vi har börjat signera digitalt kommer vi behöva fler telefoner och byta ut några gamla.

Man upptäckte under våren 2023, att vid schemförändringen som gjordes hösten 2022, hade man varit för generös med antal årsarbetare. Detta tillsammans med den nya 11-timmarsregeln gjorde att man behövde se över alla scheman för att hålla sig till avtalet. Nya scheman startar i februari 2024.

En läkemedelsavvikelse gjorde att Ginstgården behövde se över sina rutiner kring apodospåsar. Detta resulterade i en ny rutin över hela Bräcke diakoni. Enligt avtal med Alingsås kommun skall Ginstgården bemanna med sjuksköterska alla vardagar och beredskap på helger och röda dagar. För detta krävs flera sjuksköterskor, men största delen av året har det endast funnits en fast anställd sjuksköterska, detta har lett till en hög arbetsbelastning för sjuksköterskan, verksamhetschef och samordnare. Detta har i sin tur varit ytterligare en bidragande faktor till att processer gått långsamt fram på Ginstgården.

Vi ser med glädje fram mot nya utmaningar som väntar oss 2024.

2 Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

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. Vi vill bidra till ökad medmänsklighet och befästa människors lika värde i vårt samhälle. Till oss är alla välkomna, oavsett tro och livsåskådning. Allt arbete vi gör i Bräcke diakoni utgår från vår gemensamma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

En god säkerhetskultur

Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet, patient- och brukarsäkerhet. Arbete med riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar grundstrukturen för detta förbättringsarbete. Lärande sker utifrån den egna verksamhetens resultat och förebyggande riskhanteringsarbete och genom hantering av brister genom egenkontroll, synpunkter och avvikelser.

3 Organisation och ansvar

Engagerad ledning och tydlig styrning

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, fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i fem driftområden: Rehabilitering och specialistvård, Primärvård, Funktionsstöd, Vård och omsorg i hemmet samt Vård och omsorg för äldre.

Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (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. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud,

verksamhetsutvecklare och forskare. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

4 Strategier och arbetssätt

Tillförlitliga och säkra system och processer

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 som ett stöd i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv, gemensam databas med transparens inom hela stiftelsen och där data presenteras över tid, för att kunna följa och förstå variationen. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete att genom analys, lärande och utveckling skapa tillförlitliga och säkra system, uppnå ställda krav och målsättningar och minska den oönskade variationen i våra processer och resultat.

Säker vård och omsorg här och nu

Vården och omsorgen präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är därför viktigt att det finns strategier för att snabbt anpassa verksamheterna efter nya förutsättningar. För att varje verksamhet ska uppmärksamma de områden där det finns behov av att öva eller förbereda sig för att öka eller bibehålla säkerheten kartläggs behov av simulering årligen vid kvalitetsdialogen. Verksamheten får då möjlighet att reflektera kring behov av simulering och resultaten kan sammanfattas på de olika nivåerna i organisationen.

Även verksamheternas riskanalyser med tillhörande handlingsplaner används som en källa för att anpassa verksamheterna efter de ständigt skiftande omständigheter som är vardag inom vården och omsorgen.

Övergripande mål och strategier

Sedan 2019 har stiftelsen en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning.

4.1 Fokusområden

Bräcke diakonis strategiska utvecklingsarbete styrs utifrån fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser, där speciellt de tre första är tätt relaterade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. *Diakoni i praktiken* kopplar till det praktiska arbete som utförs för dem vi finns till för, utifrån

deras behov. *Tillit och lärande* fokuserar på öppenhet, tillit och ett ständigt lärande och kunskapsutveckling. Vi vill ha *stolta och engagerade medarbetare* som är med och driver kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet framåt. Det är samtidigt viktigt att *ansvara för våra resurser* så att vi får ut högsta möjliga kvalitet ur det vi gör.

4.2 Tillitsbaserad styrning

Bräcke diakoni arbetar mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Sedan tidigare har varje verksamhet identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

Stärka analys, lärande och utveckling

Under 2023 har arbetet med att utveckla månadsuppföljningar av kvalitetsmålen och kvalitetsindikatorer för verksamheterna tillsammans med kvalitetsavdelningen fortsatt. Syftet med månadsuppföljningar är att skapa samsyn och utbyta kunskap om verksamhetens resultat inom prioriterade områden. Att följa upp resultaten tillsammans ger dels möjlighet till fördjupad analys och lärande, dels bidrar det till att lärdomar sprids mellan verksamheter. Kvalitetsavdelningen deltar likaså regelbundet i driftområdesledningsgrupper, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta relevanta frågor såsom avvikelser eller patient/brukarsäkerhet med alla chefer inom ett driftområde. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och ger lärande.

4.3 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling

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

4.3.1 Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för information från ledning och kvalitetsavdelningen, t.ex. MAS, MAR och utvecklingschef. Mötesplatsen är ett sätt för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt sprida information om aktuella nyheter och händelser inom stiftelsen. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patient- och brukarsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter etc. Mötesplatsen är en del av stiftelsens arbete med omvärldsbevakning och ger möjlighet till kunskapsspridning.

4.3.2 Patient- och brukarsäkerhetsråd

Utifrån att de vi finns till för ofta är personer som kan ses som både patient (enligt HSL) och brukare (enligt SoL/LSS), har vi identifierat behovet av ett gemensamt patient- och brukarsäkerhetsråd. Rådet har till uppgift att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen samt att öka kunskap om allvarliga missförhållanden och vårdskador. Rådet träffas minst sex gånger per år och består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef, vilket leder till en gemensam hög kompetens och stärker patient- och brukarsäkerhetskulturen.

4.3.3 Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetssätt som syftar till att bryta stuprörsstruktur och skapa samsyn. Olika grupper delar sina förväntningar på varandra och löser gemensamma problem utifrån olika områden, exempelvis har driftledningen och de olika stödfunktionerna förväntanssynk gällande ansvar och roller i olika tvärgående frågor. Förutom att minska risken för fel så har förväntanssynken också ökat samarbetet generellt inom stiftelsen och är en del av vår gemensamma kunskapsutveckling.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Agera för säker vård och omsorg

För att kunna agera för säker vård och omsorg arbetar stiftelsen enligt nedan med riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och synpunkter och alla dessa källor bidrar med kunskaper om de förbättringsområden som verksamheterna behöver åtgärda.

5.1 Riskanalyser

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att vi ständigt arbetar för att stärka trygghet och säkerhet för dem vi finns till för, även om förutsättningarna runt oss förändras. Vi arbetar därför med att synliggöra fel och brister i organisationen för att stimulera och främja lärande av det som inträffar och vi förebygger brister genom att vara riskmedvetna och försöka ligga steget före, innan något allvarligt inträffar. Utifrån att vi skapar handlingsplaner och vidtar åtgärder som vi följer upp, säkerställer vi att risker minskar eller elimineras.

Arbetet med riskanalyser genomförs på olika nivåer i organisationen och de bedöms och hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner. Analyserna som sker på övergripande och verksamhetsnivå dokumenteras i ett gemensamt system vilket även möjliggör att vi kan aggregera resultat på olika nivåer. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker

hanteras och kunskapen om dessa bidrar till att vi är bättre förberedda om något oväntat skulle ske. Vården och omsorgen blir på så vis tryggare och säkrare.

I ledningsgruppen identifieras strategiska risker på organisationsnivå utifrån vad som sker i vår omvärld som kan komma att påverka oss som organisation och/eller våra verksamheter. Exempel på sådana risker har varit elbrist, pandemi och förhöjd terrornivå. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

5.1.1 Riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå

Samtliga vård- och omsorgsverksamheter genomför riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker och därigenom försöka förebygga allvarliga händelser och skador.

På individnivå använder vi kvalitetsregister och andra typer av strukturerade mallar, men vissa verksamheter har även utformat egna mallar för riskanalyser på individnivå. Det genomförs dessutom en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilde personens journal.

På verksamhetsnivå genomförs riskanalyser vid situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser eller vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar.

5.2 Egenkontroll

5.2.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen, och verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I 15 av årets kvalitetsdialoger har det även deltagit en patientrepresentant från Forum Spetspatient, en organisation med syfte att stimulera och stötta samhällets omställning från vård till hälsa med ett tydligt patient- och närståendeperspektiv¹. Dialogen utgår från föreskriften för ledningssystem (SOSFS 2011:9) och synliggör verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samskapande och samverkan samt hållbarhet och miljö. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitets-

¹ [Forum Spetspatient](#)

mognad gemensamt bedöms utifrån en 3-gradig skala. Genom sitt aktiva fokus på patientsäkerhet och mått på kvalitetsmognad överlappar den delvis säkerhetskulturtrappan A-E, vilket är ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetskultur². Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2023 framkom behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och brandsäkerhet. Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftledning och driftområdesledning för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutveckling. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 1.



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

5.3 Avvikelsehantering

Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

I enlighet med SOSFS 2011:9 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 arbetar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om avvikelsehantering och rapporterar både hälso- och sjukvårdsavvikelser och sociala avvikelser digitalt. Alla medarbetare har även en skyldighet att rapportera avvikelser till närmsta chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas

² [Säkerhetstrappan A-E](#)

och vid allvarliga avvikelser sker utredning genom en systematisk händelseanalys av bakomliggande orsaker. Verksamhetschef ansvarar för utredning av avvikelser, där kvalitetsavdelningen kopplas in vid behov. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förbyggande åtgärder för att förhindra upprepning. Sammanställningar och analyser av samtliga avvikelser hjälper verksamheten att se mönster och/eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, samt vidta åtgärder för att förhindra och förebygga att dessa inträffar igen.

5.3.1 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.

5.3.2 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 det händer och vad som behöver göras 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.

5.4 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från de vi finns till för eller närstående m.fl. 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 formuläret [Tyck till](#) på vår hemsida

Information om möjligheten att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetschefen återkopplar ärenden till anmälaren muntligt eller skriftligt. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

5.5 Förbättringsarbete

Förbättringskraft är Bräcke diakonis gemensamma plattform för ett systematiskt förbättringsarbete och består av ett verksamhetsnära stöd för att utveckla verksamheten. Förbättringskraft skapar lärande med hjälp av mätbara framsteg som ökar värdet för patienter och brukare och för medarbetare. Bräcke diakoni har i över 10 år arbetat med Förbättringskraft som utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*³ samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling* och *hörnstensmodellen*⁴.

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllelse i förbättringsarbetet och träffen avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period. Arbetet utgår från ett teamuppdrag som baseras på identifierade behov utifrån de fyra fokusområdena. Medarbetare utbildas till rollen som processledare och leder då teamens förbättringsprocess. På så sätt sprids förbättringskunskap inom organisationen.

6 Kunskap och kompetens

Varje verksamhet ansvarar för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. Som en del av att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildning för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer tar särskilt upp frågor kring systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, lagstiftning och informations säkerhet.
- Internutbildningar erbjuds alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Interna webbutbildningar med kunskapstester inom AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik samt miljö och hållbarhet.
- Vissa verksamheter erbjuder även interna utbildningstillfällen till den egna och övriga verksamheter inom Bräcke diakoni.

³ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

⁴ [Bergman, B och B. Klefsjö: Kvalitet – från behov till användning.](#)

- Externa utbildningar används för i verksamheternas kompetensutvecklingsinsatser. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

7 Samskapande och samverkan

Både samskapande, dvs vård, omsorg och utvecklingsarbete som görs tillsammans *med* patienter/brukare, och samverkan, såväl internt som mellan olika aktörer, är centrala delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och viktiga pusselbitar i att förebygga vårdskador och missförhållanden. På Bräcke diakoni genomförs samskapande och samverkan på följande sätt:

- **Samskapande med brukare/patienter och närstående** utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och dennes behov. Ett kontinuerligt arbete pågår för att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.
- **Samverkan inom Bräcke diakoni** där bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen, mellan medarbetare och våra olika verksamheter.
- **Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare** där vi t.ex. deltar i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boendet, skola och det egna hemmet. För att förebygga vårdskador har vi läsbehörighet till andra vårdgivares journalsystem, vilket underlättar kommunikation och stärker patientsäkerheten. Samverkan sker på olika nivåer, exempelvis på individnivå genom SIP och på verksamhetsnivå med brukar- och patientorganisationer, kommuner eller hemhabiliteringar.
- **Samverkan med andra samhällsaktörer** sker med många olika organisationer utifrån avtalad vård och omsorg, men även med patient/brukarorganisationer utifrån vårt innovations- och utvecklingsarbete. Genom samverkan med Forum Spetspatient har vi under 2023 haft en patientrepresentant som deltagare i 15 av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.
- **Forskningssamverkan** genomförs likväl för att utveckla vår kompetens och våra verksamheter, som för att bidra till ny kunskap. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), styrning och ledning samt evidensbaserad praktik.

8 Informationssäkerhet

Under 2023 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys
- Fortsatt arbetet med egenkontroll för informationssäkerhet
- Beslutat om och spridit information om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer

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

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd
- Träffats för möten 6 gånger under året

9 Hållbarhet

Bräcke diakoni har länge arbetat med social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet och integrerar hela tiden de tre hållbarhetsperspektiven ytterligare. Vi ser att de är sammanflätade, och påverkar varandra. Till exempel ger god hållbar utveckling ur sociala och ekonomiska perspektiv goda resultat för miljöarbetet. De går även utmärkt att kombinera, såsom att vår arbetsintegrering hanterar cirkulering av möbler för flertalet verksamheter, vilket även sparar pengar och därmed gynnar alla tre perspektiv.

Vi skriver varje år en hållbarhetsrapport som finns tillgänglig på Bräcke diakonis [websida](#), där vi kopplar vårt arbete till Agenda 2030. Fram till 2022 har vi arbetat utifrån ISO 26000 och deras riskanalyser men under 2023 har vi börjat anpassa oss till EUs hållbarhetsdirektiv Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) och de nya europeiska standarderna ESRS⁵. Social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet ligger väl i linje med vår vision och värdegrund.

⁵ [European Sustainability Reporting Standards \(ESRS\)](#)

I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår interna webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomförs regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Vi jobbar mot att hållbarhetsperspektiven ska sammanflätas ännu tydligare i verksamheterna vilket kommer att betyda förändringar i arbetssätt och organisation. Ett möjligt exempel är att våra miljöombud blir hållbarhetsombud och får ett bredare perspektiv i sin roll, där ett steg under 2023 har varit att tydligt inkludera sociala och ekonomiska aspekter i verksamhetens värdekedja.

9.1 Social hållbarhet

Social hållbarhet handlar till stor del om välbefinnande, rättvisa, makt, rättigheter och individens behov. Hit kopplas exempelvis vårt arbete med jämställdhet, arbetsmiljö och patient- och brukarsäkerhet.

Vår utgångspunkt är att jämställdhet 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.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål. För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningssatsningar – regelbundet och på alla nivåer och som en del i hållbarhets- och miljöutbildningen
- Jämställdhet och mångfald är en del av nyanställdas introduktionsutbildning
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald.
- Jämställdhet och mångfald är en del av medarbetarsamtalet

9.2 Ekologisk hållbarhet

Vi är sedan 2005 miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas och följer de krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma. Det är en tydlig trend att specifika miljökrav skrivs in i nya verksamhetsavtal och att kraven ökar över tid. Stommen i Bräcke diakonis miljöorganisation består av en hållbarhets- och miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi arbetar systematiskt med att minska vår miljöpåverkan och bedriver även positiv miljöpåverkan genom att informera och involvera de vi finns till för i miljöarbetet.

9.3 Ekonomisk hållbarhet

Ekonomisk hållbarhet handlar om att använda, vårda och underhålla resurser (mänskliga och materiella) för att skapa långsiktigt hållbara värden men även att motverka oegentligheter som mutor och korruption. Som icke-vinstdrivande organisation återinvesterar vi vår vinst i verksamheten och genom såväl policyer som uppförandekod arbetar vi även aktivt mot korruption och mutor både i de egna verksamheterna och i leverantörsledet.

10 Äldreboende Ginstgården

10.1 Organisation och ansvar

Bräcke Ginstgården drivs på entreprenad i Alingsås kommun. Avtalet påbörjades 2020 och förnyas i september 2024 med möjlighet till förlängning till 2029. Alingsåshem är fastighetsansvarig för byggnaden som är ett tvåvåningshus. På övervåningen finns balkonger i alla väderstreck och bottenvåningen har trädgård och uteplats, som är tillgänglig för alla, boende, anhöriga och personal.

Ginstgården är ett särskilt boende med inriktning mot olika demenssjukdomar. Det finns 32 lägenheter fördelat på fyra avdelningar, dvs åtta lägenheter på varje avdelning. Lägenheterna varierar i storlek med plats för en hyresgäst. Alla lägenheter har tillgång till egen dusch och toalett samt köksdel m kylskåp. Varje avdelning har en öppen planlösning där kök och vardagsrum är centralt beläget och lättillgängligt för alla.

Blå rummet är ett gemensamhetsutrymme som används till diverse aktiviteter för de boende samt möten, studiebesök och utbildningstillfällen.

Ginstgården har en större trädgård som är anpassad för målgruppen där växtlighet och odlingar sköts av de boende och personal. Under flera år har boendet haft sommarhöns.

I verksamheten arbetar undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, aktivitetssamordnare, stödpedagog/samordnare och verksamhetschef. Lagrummen som styr är HSL och SoL.

I avtalet med Alingsås kommunen ingår kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut som kommer regelbundet till boendet. Kommunen ansvarar för bemanning av sjuksköterska kvällar och nätter.

10.2 Strategier och arbetssätt

Ginstgården arbetar utifrån våra fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser.

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren inom sitt verksamhetsområde och ansvarar för ledning och verksamhetens organisation så att den tillgodoser hög kvalitet i vård och omsorg. Verksamhetschefen ansvarar för att personalen har den kompetens som krävs och ansvarar för att lagar, författningar, föreskrifter, riktlinjer samt instruktioner som vårdgivaren utarbetat är väl kända i verksamheten.

Verksamhetschefen ansvarar för att vid behov kompettera gemensamma riktlinjer med lokala rutiner efter verksamhetens behov. Verksamhetschefen har ansvar att leda, följa upp, analy-

sera och utveckla verksamheten. Legitimerad personal medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet, är delaktiga i att utveckla rutiner och metoder, risk och avvikelshantering samt följa upp mål och resultat. Omvårdnadspersonal deltar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa rutiner och instruktioner i det dagliga arbetet, för att bidra till en hög patientsäkerhet samt aktivt bidra till kvalitetsutveckling i verksamheten. Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker som kan medföra vårdskada och avvikelser samt delta i uppföljning av mål och resultat.

Var fjärde vecka har varje avdelning ett tvärprofessionellt möte där verksamhetschef, sjuksköterska, stödpedagog och vårdpersonal deltar för att ha en dialog och planera individens personcentrerade vård.

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och bruksäkerhetsarbete under 2023 på följande kvalitetsmål och strategier:

Fokus-område	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Alla medarbetare ska ha varit inloggade i ledningssystemet	Öka användning av ledningssystemet, genomgång under APT.	VC/bitr VC	2023-11-01	75
Diakoni i praktiken	Alla anhöriga ska få samma information vid välkomstsamtal.	Ta fram samlat material kring välkomstsamtal.	SSK/VC	2023-04-01	100
Stolta och engagerade medarbetare	Alla nyanställda ska få introduktion enligt rutin.	Komplettera befintlig rutin för introduktion för att säkerställa god omsorgsnivå.	VC	2023-04-01	100
Tillit och lärande	Minska antalet läkemedelsavvikelser	Genomföra förbättringsarbete kring läkemedelshantering.	VC och MAS	2023-11-01	75
Tillit och lärande	Öka antalet dokumenterade synpunkter i DF	Lägga in syn-punkter i DF. Regelbundet ta upp på APT.	VC	2023-11-01	100
Tillit och lärande	100% av boende ska registreras i Senior Alert och BPSD-registren.	Registrera i Senior alert och BPSD.	SSK/BPSD-administratörer	2023-11-01	75

Fokusområden under 2023 har nått fina resultat men vi kan se att det ännu finns förbättringar att göra inom de olika områdena och kommer följas upp.

10.3 Riskanalyser

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen genomför riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker för att försöka förebygga allvarliga händelser och skador. Riskbedömningar görs när nytt uppdrag inleds, i samband med att genomförandeplanen uppdateras och/eller om nya risker identifieras.

På individnivå använder vi exempelvis kvalitetsregistren Senior alert samt BPSD. Med hjälp av Senior alert minskar vi risken för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen, och vid behov blåsdysfunktion. BPSD-registret används för att minska och mildra beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom/demens och registret hjälper oss att arbeta teambaserat samt bemöta personen personcentrerat. Riskbedömningar görs även för att undvika att en

person oavsiktligt avviker eller upplever ofrivillig ensamhet. Likaså görs fördjupad läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. Riskbedömningar dokumenteras i den enskilde personens journal.

SoL/LSS

Inom driftområdet funktionsstöd genomför vi riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker för att därigenom försöka förebygga allvarliga situationer och missförhållanden.

På individnivå görs riskbedömningar i samband med att ett uppdrag inleds och därefter i samband med att genomförandeplanen uppdateras eller om nya risker identifierats. Riskerna bedöms och analyseras med syfte att ta fram handlingsplaner för att minska eller eliminera risken. Exempel på risker som identifieras är risk för begränsningsåtgärd, utmanande beteende, att inte bli respekterad eller lyssnad på. Gemensamt för riskbedömningarna är att de leder till handlingsplaner som kan inkludera nya arbetssätt, rutiner eller utbildning och de möjliggör även uppföljning av åtgärder och utvärdering av om riskerna för minskat.

Riskanalyser och riskbedömningar lyfts på de tvärprofessionella mötena månadsvis samt på apt där alla är delaktiga. Riskanalyser och riskbedömningar görs också vid behov i akuta situationer både på individnivå och verksamhetsnivå. Övergripande riskbedömningar görs även inom drift vård- och omsorg för äldre tillsammans med driftområdeschef och verksamhetschef, detta sker månadsvis och vid behov.

Medarbetare på Ginstgården har ett egenansvar att identifiera och anmäla risker i DF Respons, som är ett ärendehanteringssystem för bland annat avvikelser i Bräcke diakoni.

10.4 Egenkontroll

10.4.1 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.

10.4.2 Externa revisioner

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

Ginstgården har haft livsmedelskontroll av Miljö och hälsoskydd från Alingsås kommun.

Alingsås och Vårgårda räddningstjänstförbund har genomfört brandtillsyn.

En nulägesanalys har utförts av Alingsås kommun angående den civila beredskapen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Målet är att ta fram en övergripande plan för inriktningen på det fortsatta arbetet med att utveckla och stärka det civila försvaret.

Granskning av SoL och HSL dokumentation genomförs fortlöpande av Alingsås kommun.

10.4.3 Nationella och regionala undersökningar

Äldreboende Ginstgården har under 2023 deltagit i följande nationella eller regionala undersökningar.

Vi använder oss av Socialstyrelsens brukarundersökning och arbetar med dess resultat som målbild under året. Resultaten analyseras och jämförelser görs för att se hur verksamhetens resultat ligger i förhållande till andra verksamheter inom Bräcke diakoni och nationellt. Beroende på utfall av analysen utformas en åtgärd och handlingsplan i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

10.4.4 Övriga lokala egenkontroller

På Äldreboende Ginstgården består den lokala egenkontrollen även av:

Ginstgården arbetar aktivt med egenkontroller under året efter ett årshjul och utarbetad mall där resultat, åtgärder och utvärdering dokumenteras. De egenkontroller som görs är inom områdena: vårdhygien, nutrition, avvikelser, dokumentation, aktivitet, egentid, livsmedelshantering, budget, hälsofrämjande arbete, arbetsmiljö, läkemedelshantering, delegering, kvalitetsdialog, MTP/MTU, systematiskt brandskyddsarbete. Det finns tydligt presenterat vem som ansvarar för vilka egenkontroller.

10.5 Avvikelsehantering

Varje händelse/avvikelse rapporteras in i DF Respons. I händelsen skriver rapportören en beskrivning vilka direkta åtgärder som vidtagits och vad som blev en eventuell konsekvens för de inblandade. Därefter bedömer verksamhetschef allvarlighetsgrad och sannolikhet att händelsen upprepas och utser en eller flera namngivna utredare. Bedöms händelsen som allvarlig skickas den till kvalitetsavdelningen (MAS, SAS, MAR) för vidare utredning. I samband med att händelsen skrivs in i DF respons har rapportören även dokumenterat i den boendes journal samt muntligt rapporterat händelsen till kollegor.

Rapportören har möjlighet att rapportera Lex Sarah.

Varje månad ses kvalitetsrådet, i rådet görs en sammanställning och analys av föregående månads avvikelser och vid behov tas en handlings och åtgärdsplan fram. Presentationen av detta sker på tvärprofessionella möten som tex APT.

10.5.1 Synpunktshantering

Alla som flyttar in på Ginstgården får tillsammans med anhöriga, information om att vi önskar ha en löpande dialog angående deras klagomål/synpunkter. De erhåller ett material om hur de går till väga för att lämna detta via nätet om de inte vill säga det muntligt.

Mottagna klagomål och synpunkter förs in i DF Respons, gäller alla klagomål, oavsett om den tas emot muntligt eller skriftligt. Verksamhetschef utser utredare, klagomålet utreds och analys och åtgärder återkopplas till den som framfört klagomålet/synpunkten.

Klagomål och synpunkter ses som ett verktyg för att analysera och reflektera över hur verksamheten kan utvecklas och förbättras.

10.6 Kunskap och kompetens

Utöver de allmänna insatserna på stiftelsenivå har våra medarbetare deltagit i alternativt hållit i följande kompetensutvecklingsåtgärder:

Basal vårdhygien, Nollvision, Demens abc, Demens abc+, Palliation abc för nyanställda, BPSD, Miljöcertifiering, Miljöutbildning, Brandutbildning, Ledarskapsutbildning, Combine, Praktiskt dokumentation SoL/ genomförandeplaner, Utbildning i olika aktiviteter för de boende.

10.7 Samskapande och samverkan

Samarbetet med anhöriga är en central del i samskapandet och regelbunda kontakter via telefon, mail eller fysisk närvaro är betydelsefulla vilket gör att vi alltid är tillgängliga för detta.

När den boende bott på Ginstgården i ett par veckor bjuds anhöriga, kontaktperson, samordnare, sjuksköterska och verksamhetschef in till ett välkomstsamtal. Här presenteras verksamheten med ansvarsområden och rutiner. Anhöriga har tidigare fått en levnadsberättelse som de har med till detta mötet. Efter välkomstsamtal har vi uppföljande möten årligen samt vid behov.

Under året har anhöriga bjudits in till sommarfest och julfest. Via Juaniterorden har flera boende tillsammans med anhöriga varit på övernattningsresa på Kurorten Mösseberg.

Ginstgården har en sluten facebook-grupp och ett öppet instagramkonto, där anhöriga kan ta del av den boendes vardag och aktiviteter.

Den boende tar regelbundet del av planeringen av matsedeln, både till vardags och till fest.

11 Resultat för Äldreboende Ginstgården

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

11.1 Systematiskt förbättringsarbete

Systematiskt förbättringsarbete utgår från Bräcke diakonis arbetsätt Förbättringskraft, som genomförs i ledningsgruppen Driftområde vård och omsorg för äldre.

Ginstgården har påbörjat arbetet med dels ett nytt material för inflyttningsprocessen av den boende, dels introduktionsmaterial för ny personal och praktikanter.

Samordnaren på Ginstgården deltog i ett projekt kring nyrekrytering.

Ett förbättringsarbete genomfördes i början av året kring läkemedelshantering, som ledde till en ny rutin.

11.2 Kvalitetsdialog

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

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

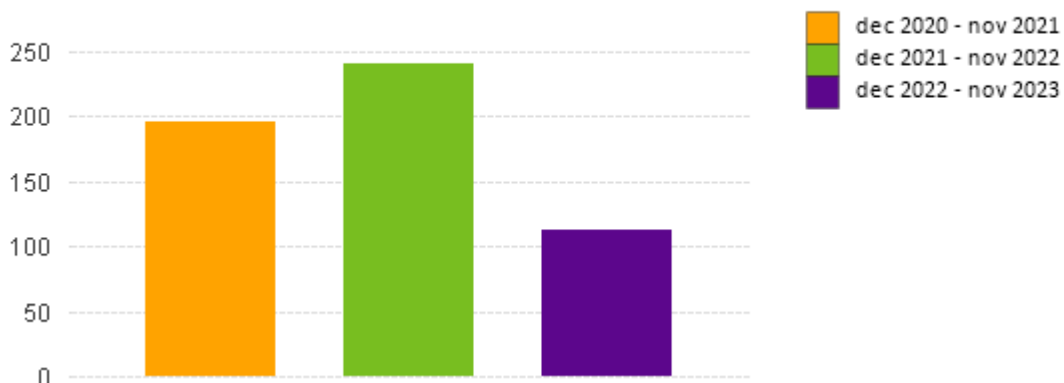
Det vi ser av ovanstående tabell angående kvalitetsdialogen är att vi uppnått våra mål kring Riskanalyser och avvikelsehantering, även egenkontrollerna har genomförts som var tänkt. Vårt miljöombud arbetar med utskick av månatliga miljöbrev och engagerar övrig omvårdnadspersonal att delta aktivt på ett föredömligt sätt. Våra mål inom kunskap och kompetens har uppnåtts då vi idag har fler utbildade undersköterskor än tidigare.

Gällande styrdokument och ledningssystem kommer vi under året att arbeta mer aktivt vid introduktion och upplärning av nya medarbetare.

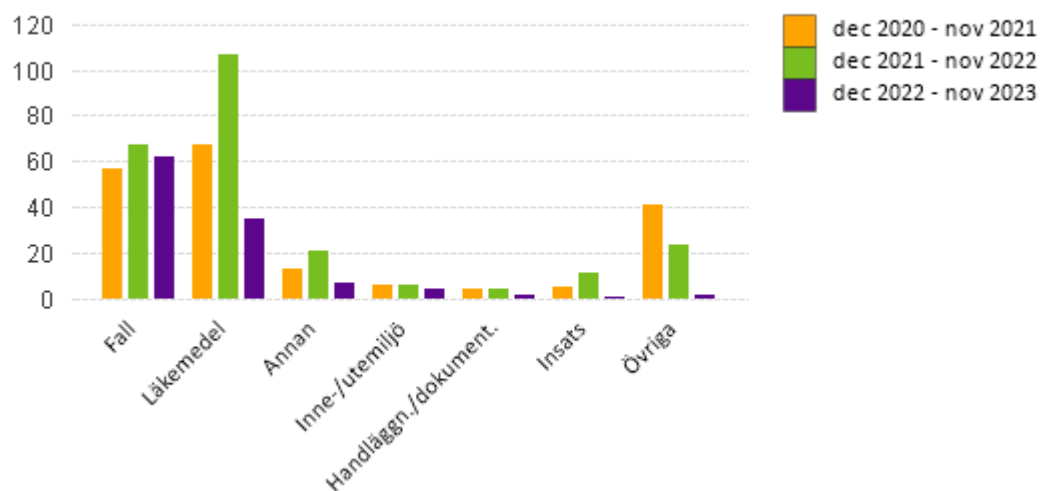
Efter nedstängningen, pga av covid, så har inte anhörigträffarna kommit igång. Detta arbete kommer ges utrymme för under 2024.

11.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



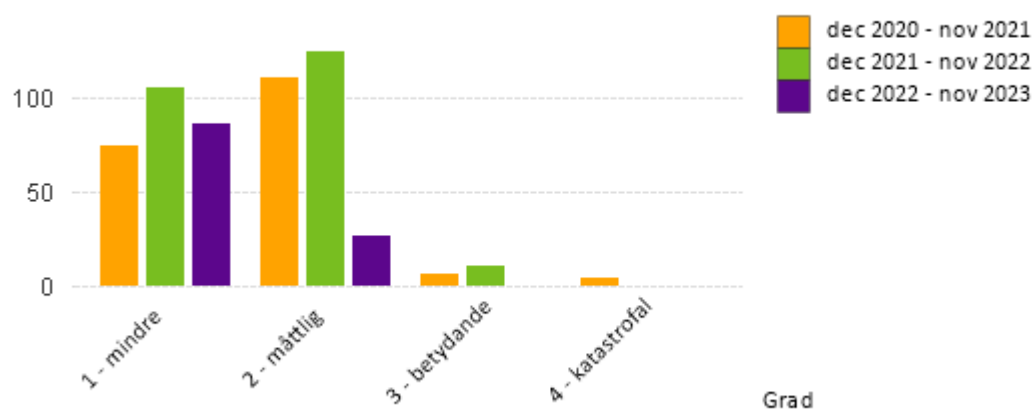
Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2023 samt förändringen mot tidigare år.

Över lag så har vi färre avvikelser än tidigare år. Detta kan bero på att vi har gjort framsteg i avvikelserarbetet eller så kan det betyda att färre medarbetare skrivit avvikelser. Vi tror dock att vi varit duktiga på att följa upp tidigare resultat, genom att vi förändrat vissa rutiner.

Den orangea stapeln indikerar avvikelser under pandemin och den gröna stapeln är hög pga en allvarlig läkemedelsincident. Under 2023 har läkemedelsstapeln gått ner då ett aktivt arbete genomförts som skapat en ny rutin.

Målgruppen på Ginstgården har en problematik som gör att fall oftast är oundvikligt periodvis, vi arbetar aktivt redan från inflytt med olika hjälpmedel och strategier för att förhindra fall.

Allvarlighetsgrad (antal)



Figur 4. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2023 samt förändringen mot tidigare år.

2023 års avvikelser är klassade som mindre och måttliga i allvarlighetsgrad. Det beror på att personalen är uppmärksam på det som avviker från rutin innan det blir en allvarlig händelse. Verksamheten har under året haft återkommande dialoger kring avvikelser och påmint varandra om att registrera i DF Respons.

11.3.1 Lex Maria

Under 2022 gjordes en Lex Maria som avslutades under 2023. Det är en pågående polisutredning. En viktig lärdom utifrån händelsen blev en stor rutin som antogs i hela Bräcke Diakoni.

11.3.2 Lex Sarah

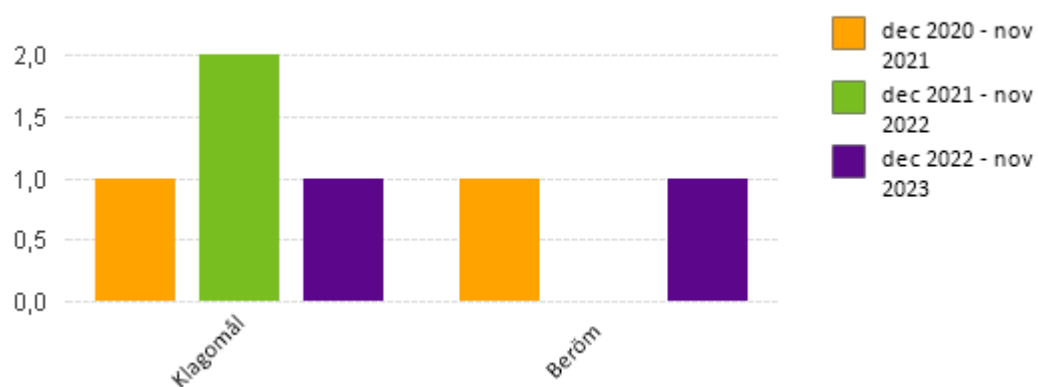
Det gjordes en Lex Sarah, men utredningen visade att den inte klassades som sådan vilket gjorde att den inte anmäldes till IVO.

11.4 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



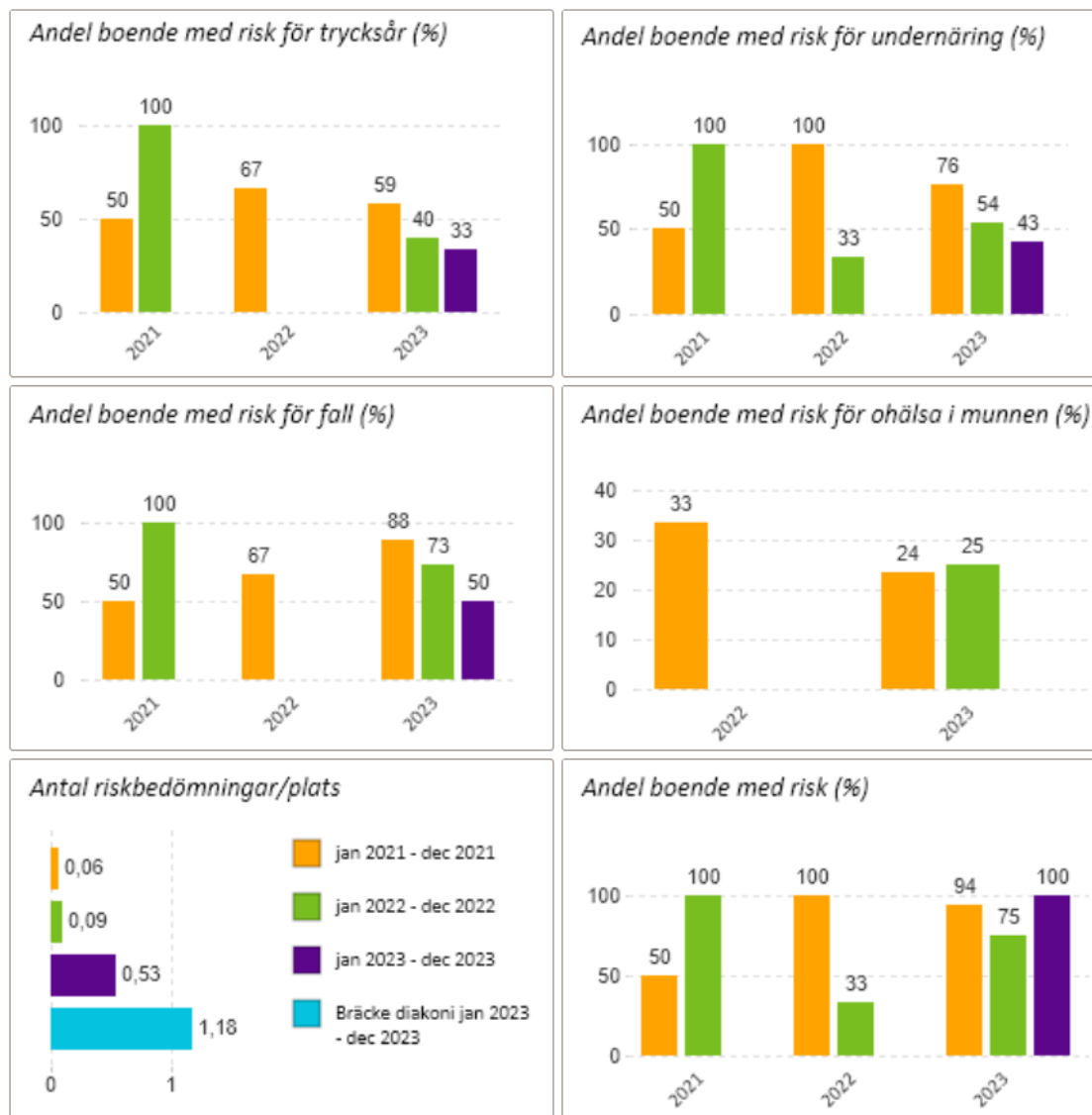
Figur 5. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2023 samt förändringen mot tidigare år.

Inte många synpunkter är registrerade i DF Respons då vi har ett nära samarbete med anhängare och bokar in extra samtal och möten direkt för att utreda synpunkter.

Målsättningen är att alla synpunkter, både missnöje och uppskattning ska rapporteras i DF Respons, även de vi löser direkt.

11.5 Kvalitetsregister

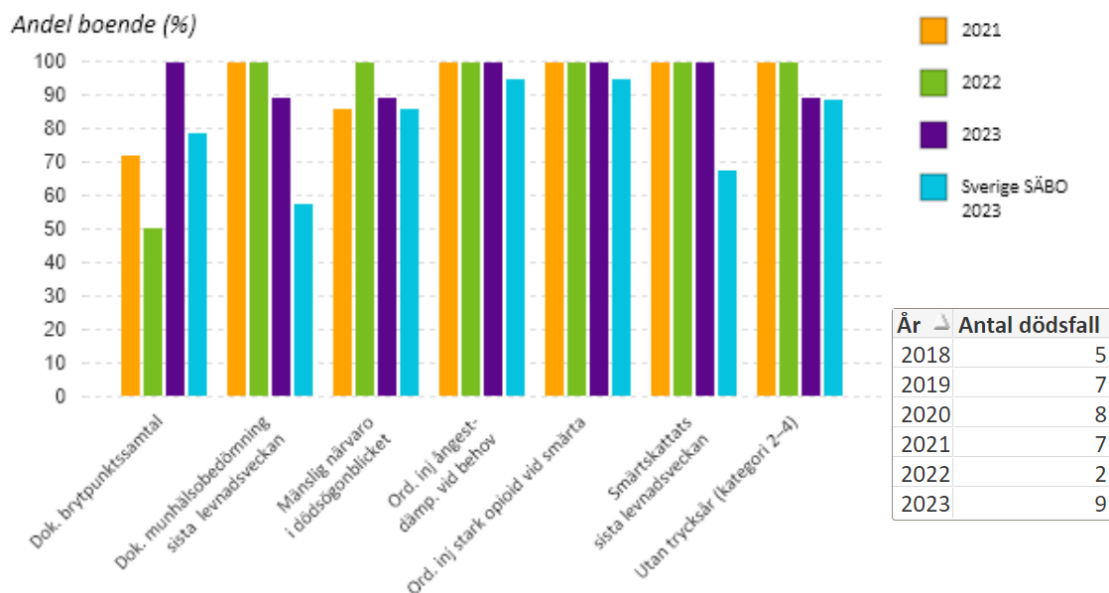
11.5.1 Senior alert



Figur 6. Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2023 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 åtgärder anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

2023 ger utrymme för förbättringar. Arbetsbelastningen har varit hög då det varit brist på sjuksköterskor. Processen kring registrering har varit långsam och målet för 2024 är att förbättra nuvarande resultat.

11.5.2 Svenska palliativregistret



Figur 7. Resultat från Palliativregistret för 2023 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Verksamheten arbetar aktivt med palliativa registret och parametrarna visar övervägande goda resultat. Vi ligger i fas med registreringen och vi kommer att fortsätta arbetet med registret och analysera och reflektera över hur vi arbetar.

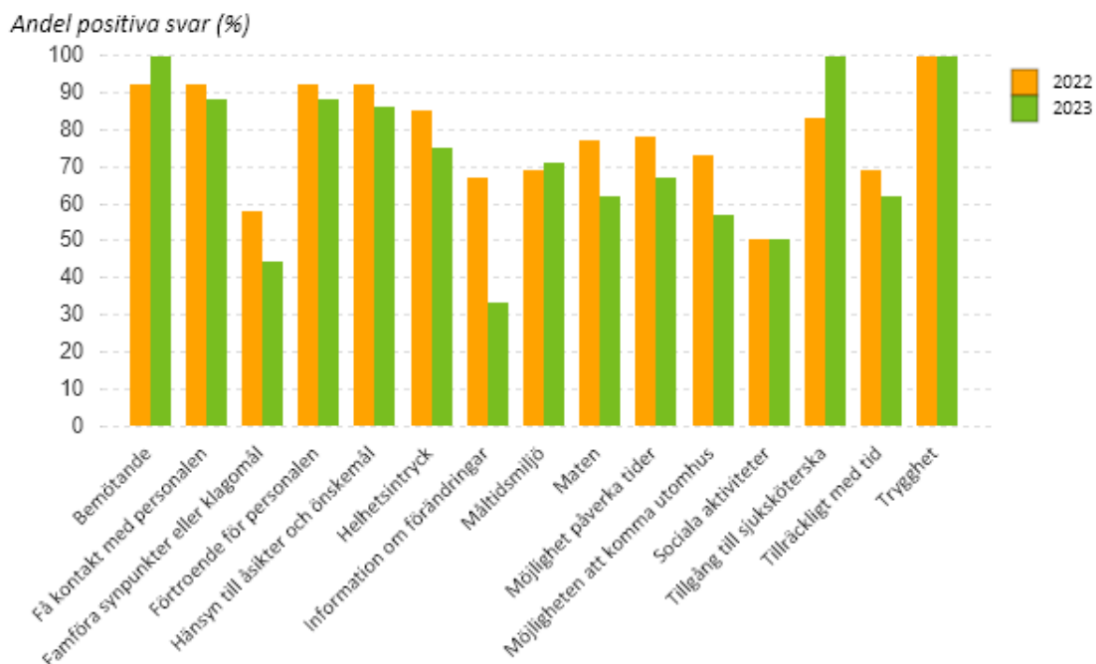
Ytterligare ett mål är att våra Palliativa ombud ska fortsätta utbilda omvårdnadspersonal i palliativ vård.

11.5.3 BPSD-registret

I de tvärprofessionella mötena som äger rum varje månad, går man igenom alla boende. Här identifieras symtom och man arbetar med åtgärder och bemötandepplaner. Registreringen har inte varit lika följsam av olika anledningar.

Målet är att registreringen ska återupptas, och kontakt med Alingsås kommun, angående fler utbildningsplatser.

11.6 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 8. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2023 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: kolada.se

Verksamheten hade ett lågt svarsdeltagande vilket gör det svårt att analysera och dra några slutsatser av resultatet. Målsättningen till nästa år är att öka svarsdeltagandet genom att påminna och uppmuntra till att svara på brukarenkäten.

I de svar som givits kan utläsas att man som helhet känner sig trygg med boendet, sjuksköterskan är lätt att få tag på och bemötandet är gott.

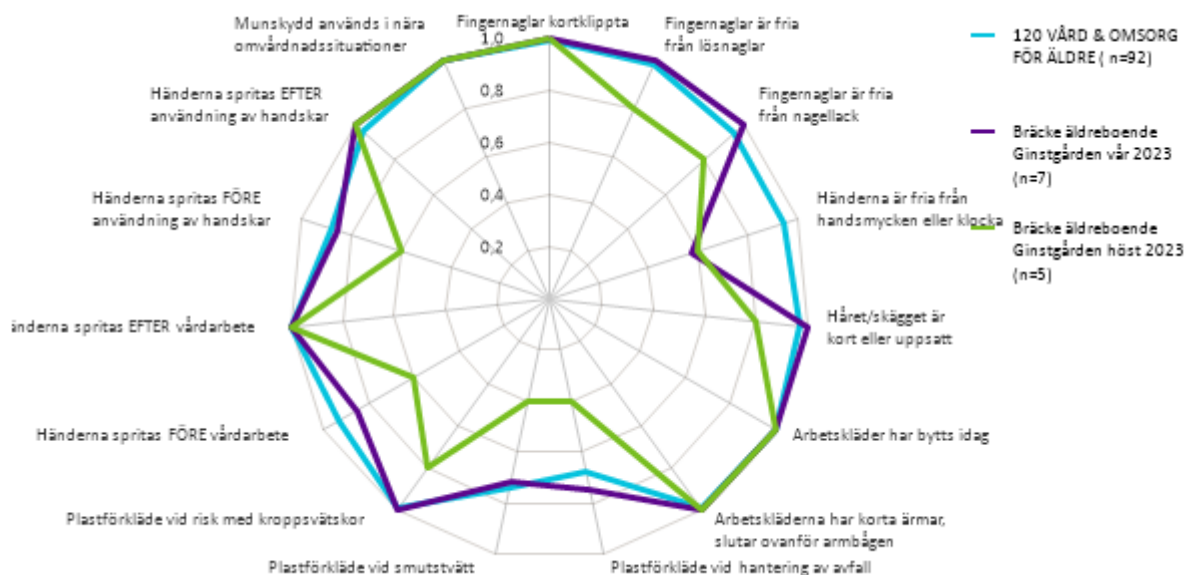
Förbättringsarbetet kommer fokuseras kring anhörigträffar där man ger information om förändringar och skapar en förståelse hur verksamheten fungerar. Andra förbättringsområden är att skapa en god måltidsmiljö och flera sociala aktiviteter.

11.7 Egenkontroller

Ginstgården arbetar aktivt med egenkontroller efter ett årshjul och utarbetad mall där resultat, åtgärder och utvärdering dokumenteras. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att egenkontrollerna görs enligt plan. Verksamheten tittar på dokumentation HSL/SoL, loggkontroll, nattfasta, läkemedelshantering, larmkontroll, MTU/MTP, livsmedelshantering och SBA.

Målet är att fortsätta arbetet med årshjulet och egenkontroller. Dokumentera och göra uppföljningar regelbundet.

11.7.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 9. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2023 och driftområdets resultat för hela 2023.

Höstens resultat visar en förändring inom vissa områden jämfört med vårens. Här finns en utvecklingspotential. Vi fortsätter jobba med att informera i form av veckobrev, APT och alla medarbetare ska under våren repetera socialstyrelsens webbaserade utbildning i Basala hygienrutiner i vård och omsorg. [Basala hygienrutiner i vård och omsorg](#)

12 Äldreboende Ginstgårdens kvalitetsmål och strategier för det kommande året

Sammanfatta i nedanstående handlingsplan era kvalitetsmål och strategier för det kommande året (Se [manual](#) för ytterligare info). Välj ett av följande Fokusområden per mål: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare eller Ansvar för gemensamma resurser. Utgå gärna från era resultat ovan. Tänk på att handlingsplanen ska utvärderas under året, sätt mätbara mål som är lätta att utvärdera!

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Öka dialogen med anhöriga.	Hur många träffar har utförts	Uppstart av anhörigträffar	Samordnare och VC	Mars 2024

Tillit och lärande	Höja andelen svar i brukarenkäten	Svarsfrekvens i enkäten	Informerar och påminner om enkäten.	Alla	Mitten av Maj 2024
Tillit och lärande	Kunskapsutveckling för ökad följsamhet till basalhygienrutiner	Förbättra resultaten i egenkontrollerna när det gäller den basala hygien.	Medarbetare ska gå socialstyrelsens webbaserade utbildning i Basala hygienrutiner i vård och omsorg.	VC	Juni 2024

Klicka eller tryck här för att ange text.

