

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Ginstgården, Bräcke diakoni

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Identifierade utvecklingsområden 2024 .....</b>	<b>5</b>
<b>5. Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Måluppfyllelse och resultat .....</b>	<b>8</b>
<b>7. Självbestämmande och integritet .....</b>	<b>9</b>
<b>8. Helhetssyn och samordning .....</b>	<b>10</b>
<b>9. Trygghet och säkerhet .....</b>	<b>11</b>
<b>10. Kunskapsbaserad verksamhet .....</b>	<b>11</b>
<b>11. Tillgänglighet .....</b>	<b>12</b>
<b>12. Säker vård och omsorg .....</b>	<b>13</b>
12.1 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden .....	17
<b>13. Egenkontroll .....</b>	<b>19</b>
13.1 Kvalitetsregister .....	20
13.4 Dokumentationsgranskning .....	24
13.5 Informationssäkerhet .....	25
<b>14. Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp .....</b>	<b>26</b>
14.1. Andelen utredda avvikelser .....	28
14.2 Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah .....	28
14.3 Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria .....	29
14.4 Synpunkter och klagomål .....	29
<b>15. Mål, strategier och utmaningar kommande år .....</b>	<b>30</b>

# 1. Sammanfattning

Ginstgården är ett särskilt boende för personer med olika typer av demensdiagnos som bedrivs på entreprenad på uppdrag av Alingsås kommun. Ginstgården har 32 lägenheter som är fördelade på 4 avdelningar. Den enskilde har en egen lägenhet med tillgång till egen toalett, dusch ett litet pentry med kylskåp och möjlighet till att t.ex. brygga kaffe. På varje avdelning finns det kök med matplatser, gemensamhetsutrymmen, balkonger på övre våning och altaner på nedre våning. På innergården finns det en promenadgång där du kan gå runt, rabatter, växthus, fruktträd.

Ginstgården går under lagrummen SoL och HSL. Inom verksamheten arbetar undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, samordnare/stödpedagog, verksamhetschef.

I december 2023 byttes det gamla journalsystemet ut och istället fick vi Combine. Under 2024 har implementeringen av systemet fortsatt. Det nya journalsystemet har sina fördelar, men det har tagit tid för alla att komma dit vi är idag. Under hösten har vi haft utbildning med all personal för att kvalitetssäkra att de har den grundkompetens som behövs i systemet.

I juni månad slutade Marie Liljegren som verksamhetschef och Ann-Louise Rickardsson kom som ny verksamhetschef till Ginstgården.

En avvikelse i juni visade på brister i verksamheten både i HSL och SoL dok arbetet som genererade i handlingsplan samt förstärkt HSL bemanning. Förutom HSL och SoL dokumentation har vi arbetat med att få ordning och reda inom HSL delen/kontoret.

Vi har under hösten haft handledning i Skydds- och begränsningsåtgärder, ett arbete som fortsätter under 2025.

Under hösten startade vi upp ett projekt angående Inflyttningsprocessen med ett anhängarperspektiv inför, under och efter flytt till särskilt boende. Projektet kommer pågå 2024-2026. Frågan vi har med oss under hela projektet är; "Vad är viktigt för anhöriga och hur kan verksamheterna ge stöd på bästa sätt?". Resultatet vi får kommer leda till bl.a metodstöd för medarbetarna som möter anhöriga. Vi har redan idag börjat med Checklistan för inflytt.

Under juni månad hade vi grillfest för de boende och anhöriga ute på innergården. Då var det flera oaser av dukade bord på hela innergården. Under grillfesten spelade två musikanter låtar som de som önskade kunde stämma upp i allsång till. I december var det dags för grötfest och då bjöds det på skinksmörgås, gröt, pepparkakor, glögg och godis. Före och efter grötfesten bjöds anhöriga in till dialog och informationsmöte. På mötet innan grötfesten, så fylldes Blå rummet med så många anhöriga att inte alla fick en stol att sitta på.

## 2. Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete. Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna på myndighet, äldreomsorg och funktionsstöd.

Enligt patientsäkerhetslagen (*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse vars syfte är att tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Enligt Socialstyrelsen är det övergripande målet med patientsäkerhetsarbete att ingen ska drabbas av en vård skada. Visionen med patientsäkerhetsarbete är ”god och säker vård överallt och alltid”.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller beskrivning över hur vårdgivaren arbetat för att identifiera, analysera och minimera riskerna i vården, hur vårdpersonal bidragit till patientsäkerhet, hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats samt redogörelse för resultat som uppnåtts under föregående år.

Privata utförare inom hemtjänst (LOV) och särskilt boende (LOU) ska redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs i en egen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun senast 2025-01-24.

För år 2024 presenteras kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i en gemensam berättelse. Innehållet bygger bland annat på övergripande uppföljningar på verksamhets- och avdelningsnivå och analys utifrån inkomna rapporter samt kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger.

## 3. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

### Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi på Bräcke diakoni 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. Under året har den driftledningsgrupp som Ginstgården tillhör återkommande gjort riskanalyser vid behov samt uppdaterat gemensamma rutiner. Egenkontroller genomförs enligt ett framtaget årshjul. En gång i månaden följer driftområdets chef upp resultat, planerade åtgärder samt utförda åtgärder. På Ginstgården finns två kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Dessa följs regelbundet upp på APT i ett lärande syfte.

## 4. Identifierade utvecklingsområden 2024

### Uppföljning av föregående års kvalitetsmål och strategier

#### **Öka dialogen med anhöriga.**

Vi bokar ett möte när det är anhöriga som ser att det finns förbättringar att göra eller har synpunkter. Vid grötfesten i december bjöd verksamhetschefen in anhöriga till ett informations- och dialogmöte. Under mötet informerades det om vad som är på gång samt vad vi bestämt att arbeta med i brukarundersökningen.

#### **Höja andelen svar i nationella brukarenkäten**

Svarsfrekvensen ökade inte under 2024. Målet ligger kvar till 2025.

#### **Bättre följsamhet i Basala hygienrutiner**

Vi hade under året som mål att öka följsamheten till basala hygienrutiner. Vi har gått igenom rutinen på APT och påmint varandra direkt när någon glömmet av sig. Verksamhetschef har även haft enskilda samtal med medarbetare vid behov.

## Övrigt

Utöver ovanstående mål har Ginstgården jobbat med följande utvecklingsområden

### Teammöte

Arbetet med teammöten har startats upp under hösten. Varje avdelning har möte två timmar var fjärde vecka. Under mötena medverkar en undersköterska dag, en undersköterska natt, omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) samt verksamhetschef. Under dessa möten går arbetet med de nationella kvalitetssystemen igenom, åtgärder samt att åtgärder följs upp och utvärderas. Uppföljning av skyddsåtgärder eller arbete utifrån andra behov som kommer upp sker också.

### Rapporteringstid

Vi har även under hösten sett ett behov av att förändra hur vi rapporterar mellan undersköterskor/vårdbiträde och sjuksköterskorna. För att få en kvalitetssäkrad rapport har vi börjat med att måndag-fredag har varje avdelning 15 minuter rapporttid på sjuksköterskornas kontor. Varje avdelning har sin tid och en undersköterska/vårdbiträde går till sjuksköterskan. Den som går till rapporten stämmer av med sin kollega vad den vill skicka med och tar även ansvar för att det som tas upp dokumenteras och genomförs.

### Dokumentation

Dokumentation och allt arbete som journalsystemet Combine inkluderar har varit ett stort utvecklingsområde under året, både inom HSL och SoL. Vi har arbetat med att medarbetarna skall känna sig trygga med IBIC och att dokumentera i Combine.

### Läkemedel

Vi har även jobbat med att följsamheten skall bli bättre vid signering av delegerade HSL insatser. Vi har pratat om att inte se uppgiften som "höga berg" utan att bryta ner det till mindre beståndsdelar. Kontroll av att signering har skett görs flera gånger av medarbetarna under sitt arbetspass Sjuksköterskorna gör kontroll 1 gång/månad.

### Skyddsåtgärder

Vi haft utbildning i skydds- och begränsningsåtgärder. Vid behov av skyddsåtgärder är det ett tvärprofessionellt team som är med och diskuterar lösningar. Under 2025 kommer vi fortsätta med att förbättringar inom området.

### Reflektion

Syftet med reflektion är att träna sig i att reflektera för att förstå sin egen och andras roller i olika situationer, att stärka samarbetet och kommunikationen i gruppen samt få möjlighet att ventileras både utmaningar och möjligheter. Personal delar med sig av sina erfarenheter från arbetet och ger på så sätt stöd till varandra, det stärker samarbetet i gruppen.

Detta i sin tur leder förhoppningsvis till mer kvalitet i våra möten med boende, anhöriga och kollegor.

### Brandutbildning

Haft brandutbildning för samtliga medarbetare under december.

## 5. 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.

### 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.

### Tillitsbaserad styrning

Bräcke diakoni arbetar med 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 2024 har arbetet med att utveckla månatliga kvalitetsuppföljningar av mål och indikatorer för verksamheterna tillsammans med kvalitetsavdelningen fortsatt. Syftet med kvalitetsuppföljningar 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.

## 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:

### Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för informationsöverföring och kunskapsspridning från ledning och stödfunktioner till verksamhetschefer. Mötesplatsen är både ett sätt för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt att sprida information om aktuella nyheter och händelser inom stiftelsen. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patientsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter och annan omvärldsbevakning.

### 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.

### 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.

## 6. Måluppfyllelse och resultat

I detta avsnitt redovisas en samlad analys av verksamhetens egenkontroll utifrån de områden som nämndens kvalitetskrav innefattar; självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet.



Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas i följande bild.

Brukarens bedömning	Nämndens egen bedömning	Nationell och regional bedömning
<ul style="list-style-type: none"><li>• Brukarundersökningar</li><li>• Synpunkter och klagomål</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mål- och resultatstyrning och internkontroll</li><li>• Kritiska verksamhetsfaktorer</li><li>• Årlig granskning av kvalitetskrav</li><li>• Lex Sarah och avvikelser</li><li>• Andra interna mätningar och kontroller</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nationella jämförelser, exempelvis:</li><li>• Kommunens kvalitet i korthet</li><li>• Öppna jämförelser</li><li>• Kommun och enhetsundersökning</li><li>• Externa tillsyner och granskningar</li></ul>

## 7. Självbestämmande och integritet

Under året har vi fokuserat på att öka de boendes självbestämmande genom att arbeta med att förbättra våra rutiner vid inflyttning.

På Ginstgården är lägenheten den boendes hem. Det är viktigt att den boende redan vid inflyttning kan skapa sig ett hem där den känner igen sig och känner sig trygg.

Vårt arbete under inflyttningsprocessen bidrar till att vi fångar upp den boendes behov innan inflytt, vid inflytt och under de närmaste 14 dagarna efter inflytt. Checklistan som vi använder säkerställer att riskbedömningar startas upp, att levnadsberättelsen inhämtas och att genomförandeplanen upprättas.

Vid inflyttning har stödpedagog, verksamhetschef, personal och rehab en dialog med anhöriga vad vi kan hjälpa till med för att det skall fungera med hjälpmedel. Personal respekterar boendes hem och knackar därför på dörren innan personal går in och inväntar svar.

För att jobba personcentrerat är det viktigt att personal tar hänsyn till boendes önskemål oavsett om det gäller t.ex. aktiviteter, dusch eller när boende vill äta frukost. Som Socialstyrelsens nationella undersökning visar, så har de boende som svarat bedömt att Ginstgården till 100 % tar hänsyn till de boendes åsikter och önskemål. Se figur 8 under avsnitt 13. Det är ett resultat som vi är mycket nöjda med och kommer arbeta för att bibehålla.

De boende blir erbjudna aktiviteter och har en möjlighet att säga ja eller nej. I takt med att vi lär känna boende lär vi oss också anpassa på vilket sätt vi bäst kan kommunicera med de boende. Vi tolkar både kroppsspråk och ansiktsmimik och värnar om den boendes integritet samtidigt som det är en utmaning eftersom personer som har en kognitiv funktionsnedsättning inte alltid har en sjukdomsinsikt.

Vi har en ständigt pågående dialog om vad som serveras under måltiderna på avdelningen. Personalen uppmärksammar vilken mat som inte är omtyckt eller som de boende tycker smakar bra. Menyerna varierar efter de boendes önskemål.

På Ginstgården blir boende erbjudna flera aktiviteter varje vecka. Vi har en aktivitetspersonal som håller i några aktiviteter som återkommer veckovis. Det kan vara allt från dam- och herrklubb till högläsning och bollgymnastik. Även personalen erbjuder aktiviteter som målning, olika spel, fredagsmys, filmvisning, andra pyssel och promenader. Under sommaren är boende med och rensar i trädgården eller plockar plommon och äpplen. Under fruktsäsongen bakas det mycket pajer som serveras till efterrätt eller till kaffet.

Under hösten har vi fortsatt arbetet med att upprätta och uppdatera genomförandeplaner. I dialog med den boende och anhöriga blir det ett bra underlag för att utföra personcentrerad vård och omsorg. Vi använder oss av underlagen från Alingsås kommun vid arbetet med genomförandeplaner.

## 8. Helhetssyn och samordning

Under året har vi fortsatt jobba med att förbättra vår inflyttningsprocess och samverka med både den boende och dess anhöriga.

### **Samverkan kring den enskilde**

Exempel på intern samverkan kring den enskilde är våra tvärprofessionella teammöten. Varje avdelning har teammöte var fjärde vecka och då är följande professioner med: omvårdnadsansvarig sjuksköterska, undersköterska dag/kväll och natt samt verksamhetschef. Finns det boende med större behov bokas ett nytt möte där bara den boende tas upp.

### **Samverkan med andra utförare**

Vi samverkar även med Bräcke vårdcentral då dess läkare genomför ronderna varje vecka. Samma läkare gör årskontroller. Både Folk tandvården och Oral Care gör munhälsobedömningar som genererar i ett munvårdskort där det står hur den boendes tänder skall skötas. Verksamheten samverkar även med Alingsås kommuns biståndshandläggare, rehab, journalsjuksköterska, boendesamordnare och ekonomihandläggare. Genom att använda meddelandefunktionen i Combine säkerställs att all relevant information angående boende rapporteras.

### **Inflyttning**

Under inflyttningsprocessen, så använder verksamheten "Checklista ny boende". Checklistan är uppdelad i följande områden: Innan inflytt, inflyttningsdagen och under de första 14 dagarna efter inflytt. I denna del planeras välkomstsamtalen in. Innan eller på inflyttningsdagen får anhöriga information om kontaktuppgifter till verksamheten, kontaktperson och broschyren "Välkommen att tycka till, Säg vad du tycker" samt övrig information som är bra att ha vid inflytt.

Under 2024 startade projektet Inflyttningsprocessen med ett anhörigperspektiv. Projektet görs i samarbete med Marie Cederschiölds högskola, Ersta Diakoni, Nestor FoU center samt FoU nu.

### **Samverkan med andra utförare**

2012 startades Alzheimers café upp i Alingsås tillsammans med bland andra Alingsås kommun. Efter pandemin blev det nystart och då bytte det namn till Minnenas café. Två gånger per år är det referensmöten, då planeras det framåt för föreläsare och underhållning. I dagsläget samarbetar vi med Alingsåskommun, Röda Korset, Alingsås och Vårgårdas demensförening och Frälsningsarmén.

Vi har även återkommande besök av kommunens olika kyrkor samt en trubadur varannan vecka via ABF.

Resa till Mösseberg, Johanniterordern vill stödja medmänniskor som inte har samma ekonomiska förutsättningar som andra. De bidrog med fondmedel så att 6 boende, 6 anhöriga och 4 personal kunde åka till Kurorten Mösseberg i Falköping på en övernattnig. I resan ingår boende, mat, resa och underhållning. Den här resan görs i samverkan med Västergården i Göteborg, Kurorten Mösseberg, Ginstgården och Johanniterordern.

### **Personalkontinuitet**

På varje avdelning arbetar sex personal. Det ger en god kontinuitet samt att de boende känner sig trygga med dem som arbetar. Se Socialstyrelsen brukarundersökning figur 8 under avsnitt 13.

## **9. Trygghet och säkerhet**

Verksamheten efterföljer kraven inom de efterfrågade områdena för verksamhetens trygghet och säkerhet. Rutiner för sekretess -och tystnadsplikt, nyckelhantering, kontanta medel, synpunkter och klagomål, avvikelshantering, lex Sarah och lex Maria, larmhantering, social dokumentation med mera går igenom vid introduktion enligt plan och vi följer Alingsås kommuns riktlinjer för detta.

- Verksamheten följer övergripande rutiner vid hot om våld i nära relation, när barn misstänks fara illa samt för Lex Maja. Ett omtag av dessa rutiner kommer ske på APT under 2025.
- Under året har inte några förtroende/boenderåd genomförts och nämnden har därför inte bjudits in till dessa.

## **10. Kunskapsbaserad verksamhet**

Under året har Ginstgården tillsammans med driftledningsgruppen arbetat för att ta fram en treårig kompetensutvecklingsplan för att säkerställa kompetensen i verksamheten utifrån olika professioners behov av kompetensutveckling. Ett grundmaterial är framtaget som ska färdigställas 2025.

Varje verksamhet inom Bräcke diakoni 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 informationssäkerhet.
- 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.
- Externa utbildningar används för i verksamheternas kompetensutvecklingsinsatser. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

## 11. Tillgänglighet

- Socialstyrelsens brukarundersökning visar att resultatet på området "Få kontakt med personal" ligger på 100% i nöjdhet. Se figur 8, under avsnitt 13.
- Anhöriga får kontaktuppgifter till verksamheten innan inflytt eller vid inflytten. Då informeras också om att de är välkomna när de önskar. Vill de komma vid måltider ber vi dem ta hänsyn till att vi vill skapa en lugn måltidsmiljö, men att de är välkomna att ta med maten in i närståendes lägenhet.
- På sjuksköterskornas dörr sitter deras kontaktuppgifter samt arbetstider.
- På verksamhetschefens dörr finns kontaktuppgifter samt ett veckoschema.
- Vid behov så följer personal med boende till sjukhus, tandläkare m.m. I första hand är det kontaktpersonen som följer med om den arbetar annars följer en ordinarie med.
- För att säkerställa att personal alltid kan söka stöd hos en överordnad finns det inom stiftelsen alltid en så kallad chef i beredskap. Denne finns tillgänglig för personal att kontakta vid akut behov av arbetsledning utöver verksamhetens kontorstider.

## 12. Säker vård och omsorg

### 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.

### 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 storskaliga kriser som kan påverka oss, risk för angrepp och haverier inom IT och risk för bedrägerier och brott. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

#### 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.

## Egenkontroll

### 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 5 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 närståendeperspektiv<sup>1</sup>. 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 kvalitetsmognad 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 patientsäkerhetskultur<sup>2</sup>. Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2024 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

## 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. Avvikelse 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 i DF Respons. Alla medarbetare har även en skyldighet att rapportera avvikelser till närmsta chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas 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.

### 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.

### **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 hände 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.

### **Klagomål och synpunkter**

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.

### **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*<sup>3</sup> samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling* och *hörnstensmodellen*<sup>4</sup>.

Under 2025 har driftområdet för äldre tagit fram följande mål att arbeta med i Förbättringskraft:

- Tydliggöra sjuksköterskerollen
- Hälsöfrämjande arbetsplats
- Att Teams blir en gemensam plattform för information
- Säkerställa DO:s krishantering



- Framtagen kompetensutvecklingsplan för DO:s medarbetare
- Verksamhetschefer trygga i att lägga ekonomiprognos
- Ekonomi i balans
- Introducera kost- och måltidskoncept
- Högre kundnöjdhet
- God psykosocial arbetsmiljö

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måloppfyllelse 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.

## 12.1 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

Både samskapande, dvs vård, omsorg och utvecklingsarbete som görs tillsammans med patienter/boende, och samverkan, såväl internt som mellan olika aktörer, är centrala delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och viktiga pusselbitar i att förebygga vårdskador och missförhållande. 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. 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.

Det är viktigt att sätta den enskilde i centrum och att Bräcke diakoni arbetar för en säker och sammanhållen process, vilket innebär ett gott samarbete och samverkan mellan olika aktörer internt såväl som externt för att gynna den enskilde.

En helhetssyn utifrån den enskildes behov, skall vara utgångspunkten vid t.ex. planering och genomförande av insatser och vårdåtgärder.

Den personal som uppmärksammar den enskildes behov av samordning ska förankra behovet i den egna verksamheten och därefter informera personen om möjlighet till samordning, erbjuda detta på den enskildes uppdrag ta initiativ till samordning påbörjas genom att se till att kallelse sker till samordningsmöte.

Samordning kan även initieras den enskilde, närstående, vårdnadshavare eller annan företrädare.

**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 2024 haft en patientrepresentant som deltagare i av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.

**Forskningsamverkan** 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. Tex nu är flera personal med i projektet Inflyttningsprocessen med fokus på anhöriga, se sid 11.

#### **Identifierade områden där samverkan brister:**

För att få ett framgångsrikt kvalitet- och patientsäkerhetsarbete har vi under hösten startat upp Teammöten där vi skapar förutsättningar för samverkan mellan olika professioner, såsom undersköterskor dag och natt, OAS, verksamhetschef/samordnare. Alla professioner med olika kompetenser får en helhetssyn på de boendes behov, vilket möjliggör en förbättrad personcentrerad vård och omsorg. Dessutom kan arbetet kvalitetssäkras genom att vi arbetar evidensbaserat där den enskilde är i centrum. Under dessa möten går vi även igenom Senior Alert åtgärder samt vårdplaner, BPSD, skydds- och begränsningsåtgärder. Våra Teammöten ger också en möjlighet till reflektion och lärande. På dessa teammöten saknar vi ett samarbete med fysio- och arbetsterapeut.

## 13. Egenkontroll

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet och kvalitet bejakas. Driftområdes årshjul ger oss en tydlig översikt på egenkontroller som skall göras under året. Egenkontrollerna är en bra kontroll för verksamheten kvalitetsarbete eftersom många delar av ansvarsområden i verksamheten finns med t.ex. måltidsobservationer, nattfastemätning, basala hygienrutiner, trygghetslarm och loggkontroll.

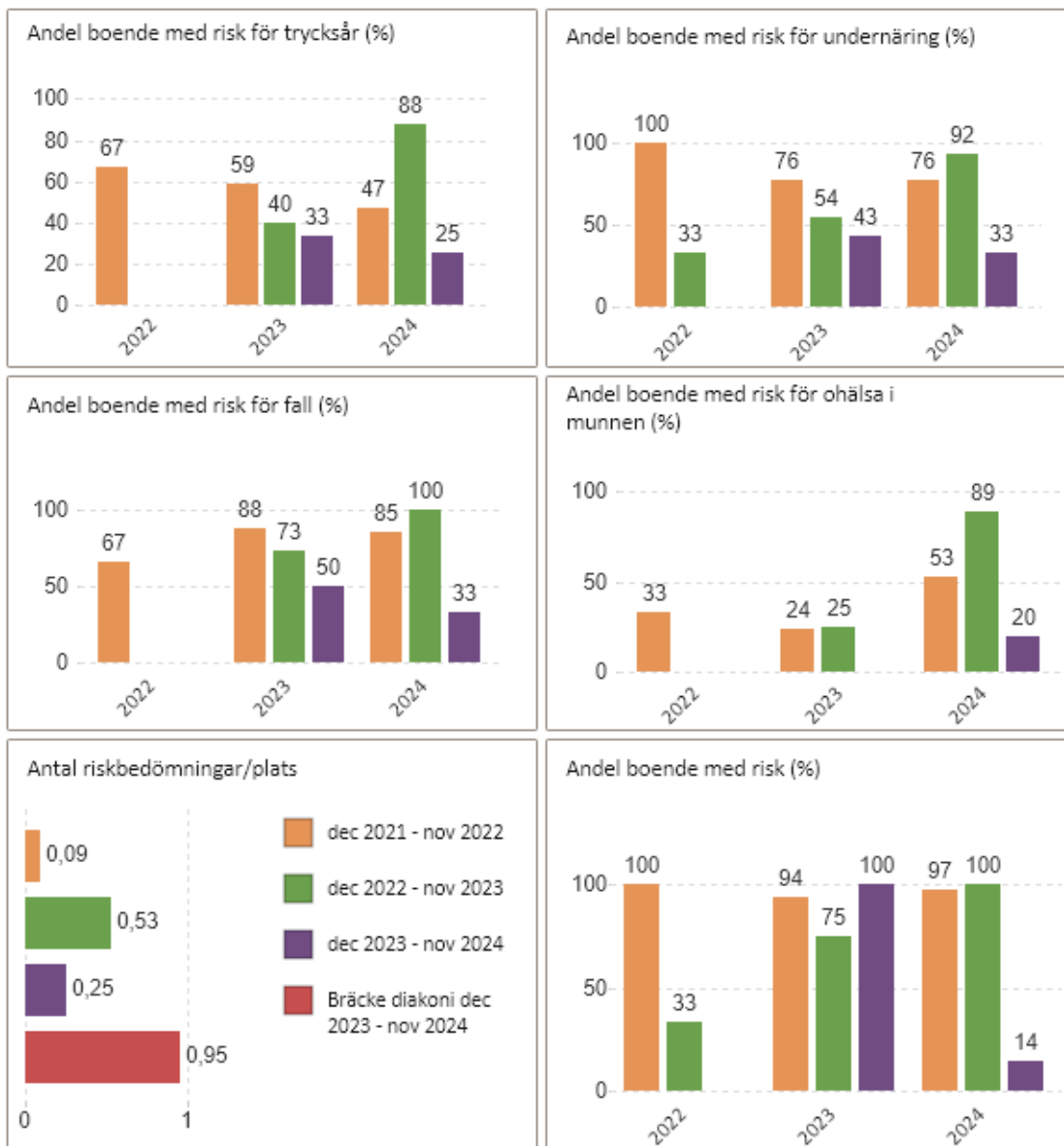
### Kvalitetsdialog

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

Ginstgården fick fina resultat på sitt strukturerade arbete med riskanalyser och egenkontroller som finns i årshjulet. Att följa upp resultaten av brukarundersökningen och hygienkontrollerna var ett förbättringsområde som Ginstgården jobbat med under 2024 och resultaten förbättrades jämfört med föregående år. Att registrera fler synpunkter och klagomål samt att återuppta anhörigträffar och anhörigråd är något att fortsätta jobba med under 2025.

# 13.1 Kvalitetsregister

## Senior alert



**Figur 6.** Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2024 samt jämförelser med tidigare år. Staplar: andel boende med risk (gul), andel av dessa boende med planerade åtgärder (grön), andel med planerade åtgärder som har utförda åtgärder (lila). Datakälla: Senior alert.

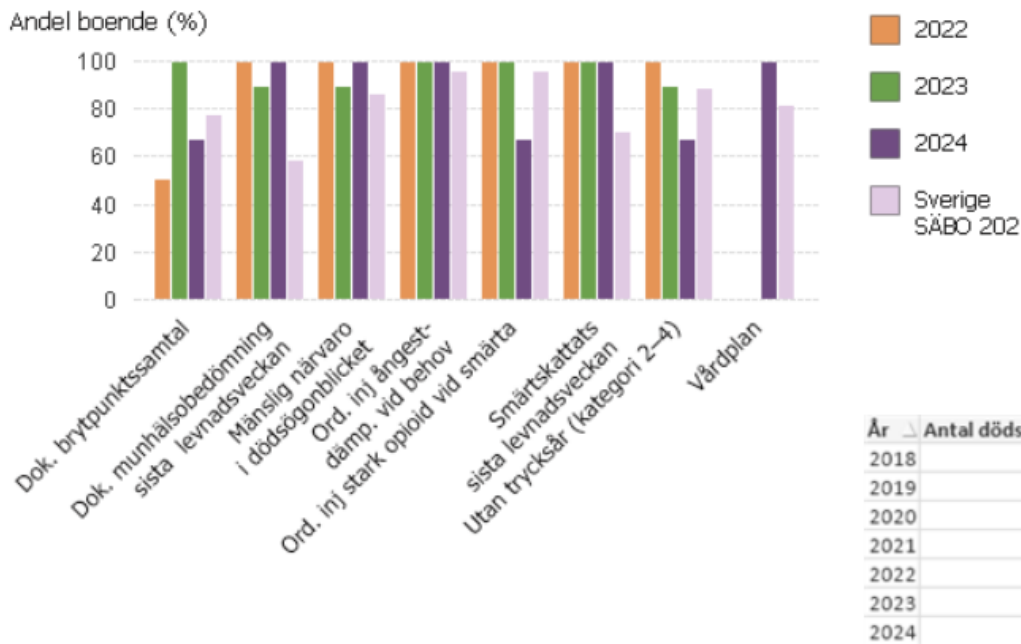
Ginstgården använder sig av Senior Alert för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och vårdskador inträffar. Inom ramen för Senior Alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och vid behov blåsdysfunktion (minst två gånger per år) Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även Oral Care samt Folk tandvården erbjuder munvårdsbedömning varje år.

Under 2024 har registrering av riskbedömningar i Senior Alert varit ett identifierat förbättringsområde. Resultatet visar att verksamheten ökat antal riskbedömningar från 50% december 2023 till 100 % december 2024. Under året har ett strukturerat arbetssätt införts vilket inkluderar att teamarbetet har utvecklats. Nästkommande år kommer verksamheten fokusera på område blåsdysfunktion. Arbetet kommer följas upp regelbundet genom verksamhetens månadsvisa kvalitetsuppföljning.

### **Svenska BPSD-registret**

BPSD-skattning och schema i BPSD registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos boende med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vi använder oss regelbundet av BPSD schema på våra teammöten för att kartlägga den boendes oro. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov av läkaren som är knuten till boendet. Vid läkemedelsgenomgången 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.

### Svenska palliativregistret



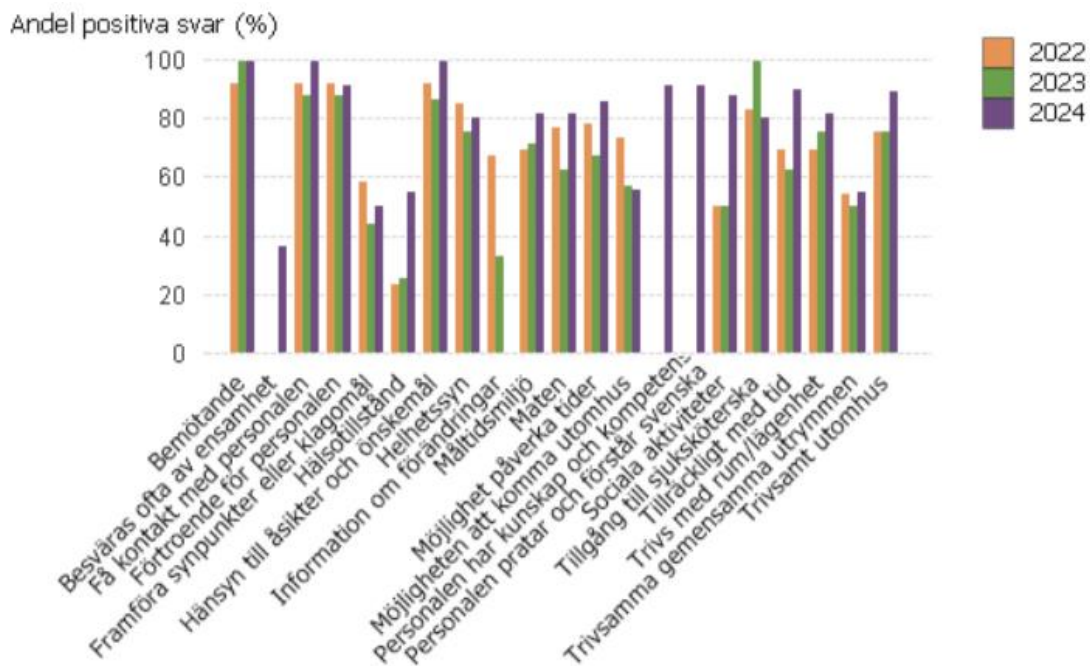
**Figur 7.** Resultat från Palliativregistret för 2024 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Under 2024 har registrering i Svenska Palliativregistret identifierats som ett kommande förbättringsområde under 2025 där målet är 100% registrerade. Verksamheten har under 2024 registrerat 3 av 12 dödsfall. Identifierade orsaker till detta är att alla inmatningarna inte gjorts och registrerats i systemet av oss. Resultat för dokumenterade brytpunktsamtal, ordination av stark opioid vid smärta, samt fri från trycksår är lägre än föregående år.

Under 2025 kommer arbetet med Svenska Palliativregistret vara ett prioriterat utvecklingsområde, arbetsbeskrivning förtydligas och resultatet kommer följas upp regelbundet genom verksamhetens månadsvisa kvalitetsuppföljning.

## 13.2 Öppna jämförelser

### Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

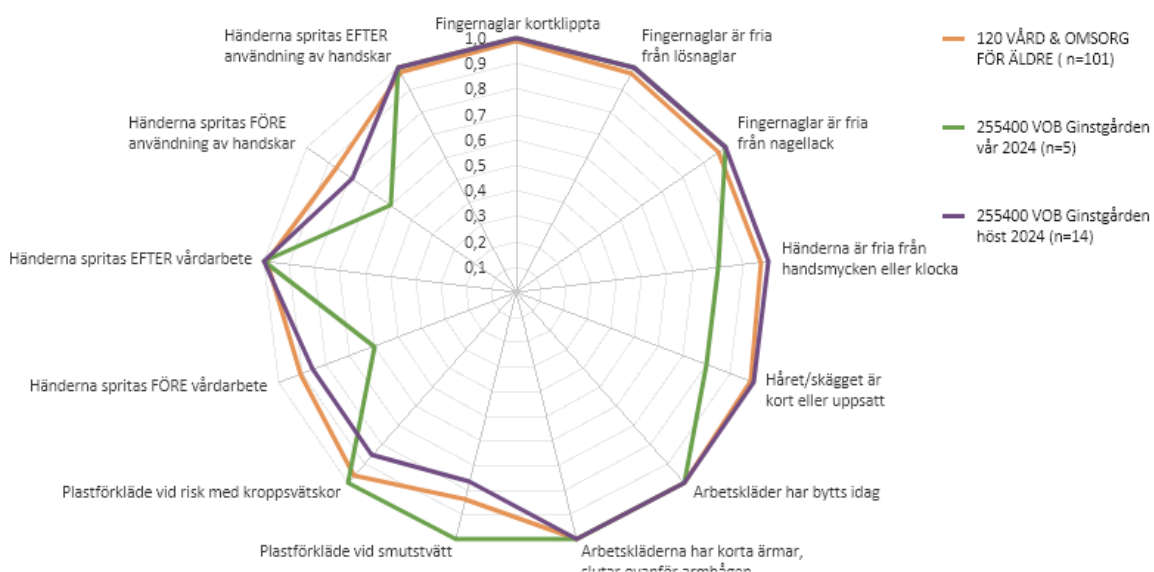


Figur 8. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2024 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

Brukarundersökningen i år visade på fina resultat. De staplar som var 100% var bemötande, få kontakt med personal samt hänsyn till åsikter och önskemål, men även förtroendet för personal visar på positivt resultat. Resultaten visar på att de som är närmast och betyder mest för dem vi är till för gör ett fint arbete och att boende har förtroende för personalen. Vi kan se att Framföra synpunkter eller klagomål fortfarande är lågt även om det är bättre resultat i år än förra året. Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" lämnas ut vid inflytt och den finns även synlig i entrén på anslagstavlan och ändå når vi inte fram. En orsak kan vara att det i nationella undersökningen kallas synpunkter och klagomål men att vi, Bräcke diakoni har valt att kalla det "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker". Under APT i december, så bestämde arbetsgruppen att målet för nästa år är att öka resultatet på trivsamma gemensamma utrymmen. En arbetsgrupp kommer att arbeta med att ta fram förbättringar och arbeta med dem. I ledningsgruppen Vård och Omsorg för äldre bestämdes att vi skall öka andelen svarande samt öka resultatet på nöjda kunder.

Under oktober månad bestämdes det i ledningsgruppen Vård och Omsorg för äldre att vi skulle sätta upp ett informationsblad med en QR kod på varje avdelningsdörr där anhöriga kan gå in och svara på hur deras besök den dagen uppfyllde deras förväntningar. De val de har är ja eller nej och sedan finns det en ruta för att utveckla sitt svar. Syftet är att fånga anhörigas både bra och förbättring synpunkter direkt efter besöket. Efter ca 3 månader kommer vi att byta ut frågan till en annan.

### 13.3 Vårdhygien



**Figur 9.** Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2024 och driftområdets resultat för hela 2024.

Varje år under vår och höst planeras det för Basala hygienombudsträffar i anslutning till träffarna m görs egenkontrollmätning på Basala hygienrutiner. Under APT i augusti och september gick vi igenom Rutinen för Basala hygienrutiner och pratade om vikten att påminna varandra. Efter genomgången på APT ser vi en förbättrad följsamhet på flera områden. Och vi ökade antalet genomförda egenkontroller med 11 st som leder till att vi har ett bättre underlag att göra handlingsplan på. Vi har efter hösten egenkontroll arbetat med att öka följsamheten av att använda platsförkläde generellt eftersom vi såg att där var största bristen.

### 13.4 Dokumentationsgranskning

Under året har Ginstgården genomfört två dokumentationsgranskningar, 28% av de boendejournalerna har granskats vid varje tillfälle. Granskningarna visar att Ginstgården uppfyller flertalet dokumentationskrav. Exempelvis att de boende är delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan och att språkbruket är väsentligt, sakligt och tydligt. För identifierade



förbättringsområden har en handlingsplan upprättats och lämnats in till kommunen. Ginstgården har utifrån handlingsplanen redan vidtagit en del av de inplanerade åtgärderna.

## 13.5 Informationssäkerhet

Under 2024 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

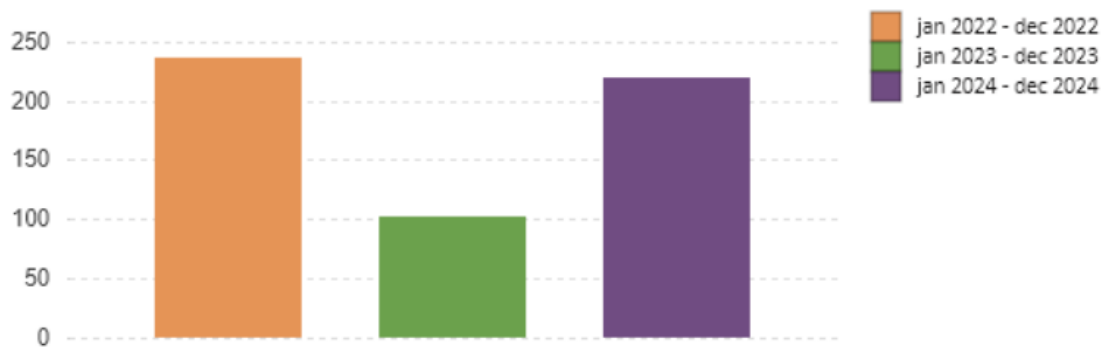
- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Fortsatt arbetet med egenkontroll för informationsöverföring.
- Fortsatt sprida information om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer.
- Samverkat med IT-krisledning i frågor om IT-säkerhet.

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från driftledningen, kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Under året har informationssäkerhetsrådet slagit samman med stiftelsen IT-krisledning för att samordna informationssäkerhetsarbetet med IT-säkerhetsarbetet, detta som en konsekvens av det ökade IT-säkerhetshotet i omvärlden. Rådet har därigenom också utökats med en medarbetare från kommunikationsavdelningen. Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

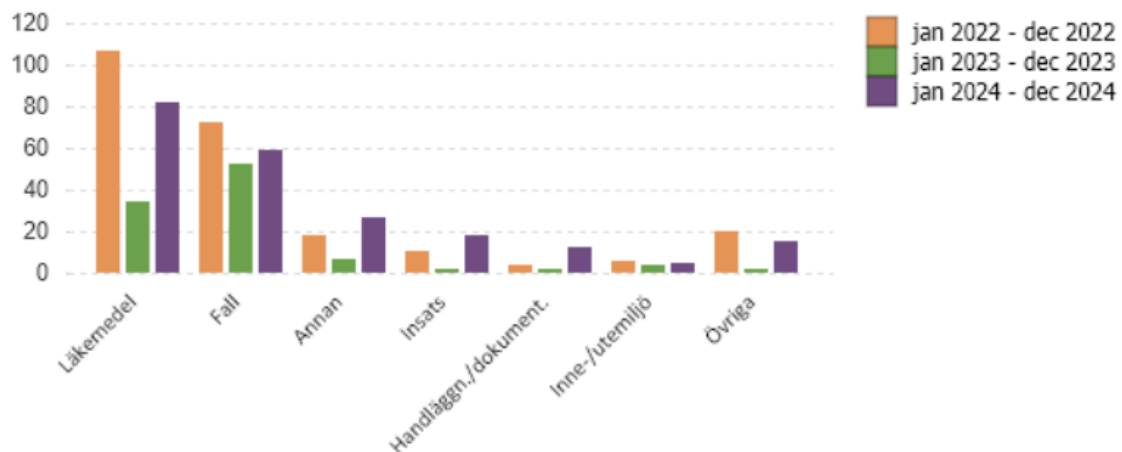
- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med 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
- Krypterar mail av känslig art r/t sekretess- och integritetsskäl, endast behöriga
- All personal på Ginstgården har gjort/kommer göra en webbutbildning om IT och informationssäkerhet på Speranza Akademi.

## 14. Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



Fördelning av registrerade avvikelser under året:

- Läkemedelsavvikelser är 81 st – dessa har ökat med ca 40 st mot 2023. Under året har det varit en omställning att gå från att signera på blankett när läkemedel är givet till att signera digitalt. Se mer analys längre ner.
- Fallavvikelser är 60 st
- Annan avvikelseyp är 24 st – dessa berör bl.a. nedsmutsade sängkläder som glömts kvar i boendes lägenheten, öppen altandörr, olåst medicinskåp.
- Insatsavvikelser är 20 st –berör bl a rehabiliteringsinsats som boende tackat nej till. Efter kontakt med rehab ändrades tiden så boende orkade utföra insatsen. Insatsavvikelserna berör även osignerade läkemedelsinsatser.

- Dokumentationsavvikelser är 5 st – dessa handlar om HSL insatser som inte blivit signerade
- Avvikelser i innemiljön är 1 st – denna handlar om en dörr som inte gick i lås, en boende hade tagit sig ut. Alingsåshem kontaktades och dörren åtgärdades.
- Övriga avvikelser är 19 st – inom dessa avvikelser ligger bl.a. produkter och teknik, att Combine har krånglat och att rörelselarm inte är på eller är felplacerat.

### **Sammanfattning**

Avvikelser är viktiga för att verksamheten skall kunna arbeta med förbättringsarbete. Redan vid introduktionen informeras nyanställda om avvikelsesystemet DF Respons samt vår rutin för avvikelser och Lex Sarah. Medarbetare uppmuntras att skriva avvikelser med målet att se det som ett lärande och förbättringsarbete.

De avvikelser som ökat mest under 2024 är avvikelse typerna läkemedel, annan, insats. Orsaken till de ökade avvikelserna kan vara att personalen har fått ställa om från att ha signerat på blankett till att göra det digitalt. Det har varit en omställning som inte har varit oproblematiske och det är inte alltid att Combine har fungerat.

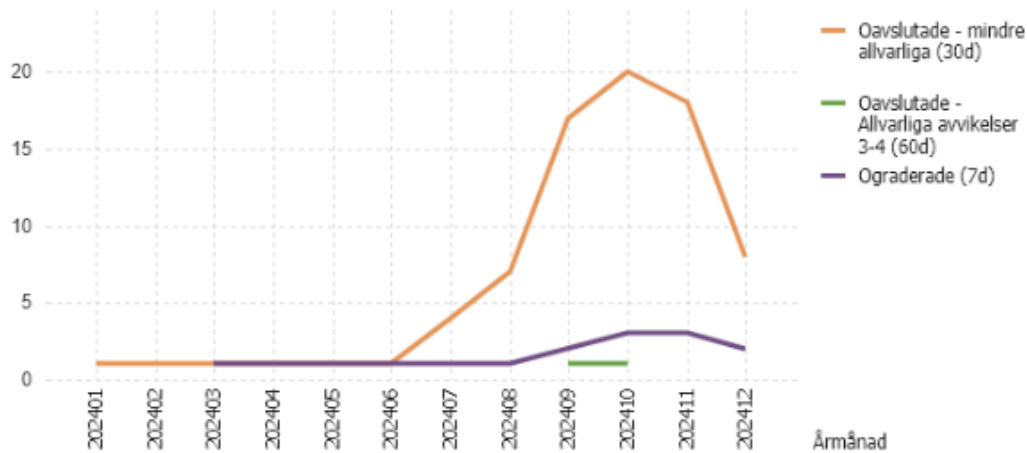
Sedan har antalet avvikelser ökat på grund av hanteringen med osignerade insatser som gjordes under oktober månad. Efter den hanteringen började arbetet med att hantera osignerade insatser enligt rutin, så även efter oktober finns det avvikelser på osignerade insatser. Orsaken har bland annat varit att personal glömt signera och att sjuksköterskor lagt in HSL insatser fel i Combine.

Ökningen kan även bero på att vi pratar om vikten av att göra avvikelser för att hitta förbättringsåtgärder i verksamheten på olika forum. Under hösten har vi som en åtgärd gått igenom rutinen "Digital signering och dokumentation" på APT flera gånger. Vi ser en bättre följsamhet i slutet av året.

Under 2024 ökade även fallavvikelserna med ca 20 st. Målgruppen på Ginstgården har ofta en problematik som gör att fall är vanligt förekommande. Vi arbetar aktivt redan vid inflytt med olika hjälpmedel och strategier för att förhindra fall. Fall diskuteras återkommande även på våra tvärprofessionella teammöten.

## 14.1. Andelen utredda avvikelser

Avvikelser (antal)



Utvecklingsarbetet har varit intensivt under hösten, så under den tiden kom utredningarna av avvikelser efter. Vi satt även under någon vecka och hanterade osignerade insatser som tog en stor del av arbetstiden. Vi hade högsta puckeln i slutet av oktober och det var under den tiden vi skulle vara klara med att hantera osignerade insatser. Vi arbetar nu med att ha en bättre följsamhet i utredningarna. Ibland kan det ta längre tid eftersom vi i vissa fall ber medarbetarna svara på frågor som berör avvikelserna i meddelande funktionen i Combine.

## 14.2 Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah

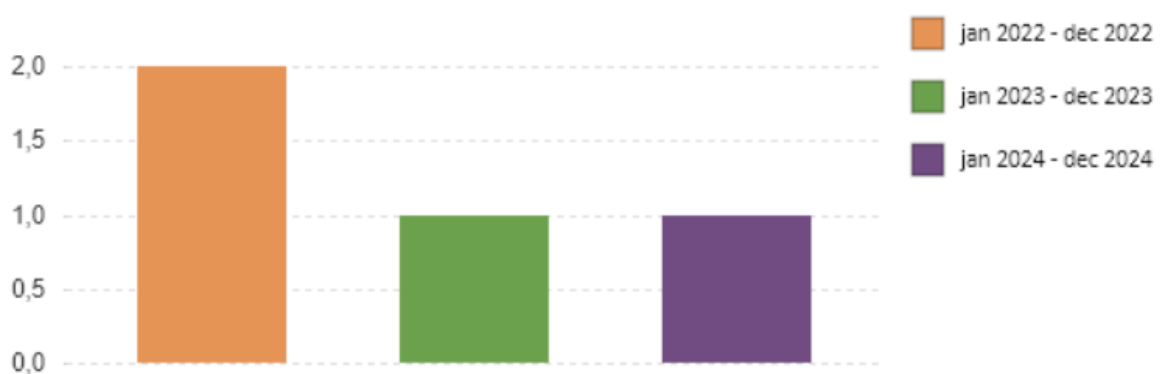
Under 2024 har ingen händelse anmälts till IVO enligt bestämmelserna för lex Sarah. En lex Sarah utredning har genomförts med ställningstagandet att det inträffade medfört en påtaglig risk för ett missförhållande.

## 14.3 Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria

Under året har ingen Lex Maria anmälan gjorts.

## 14.4 Synpunkter och klagomål

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Synpunkter och klagomål från de vi finns till för eller anhöriga m.fl. är en del av vår avvikelshantering. Under välkomstsamtalet vid inflytten lämnas broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" ut till boende och anhöriga. Vill de inte använda broschyren kan de även prata med personal eller övriga professioner på Ginstgården.

I bilden nedan finns inte alla synpunkter som vi haft under året. De flesta synpunkter och klagomål vi får hanteras och vi har en dialog med anhöriga, men dessa synpunkter har inte lagts in i systemet. Under året har vi även haft regelbundna möten med anhöriga för att bemöta det som behöver förbättras eller för att skapa en samsyn av målet med omvårdnad kring den närstående.

Ett mål för 2025 är att komma igång med registreringen av synpunkter och klagomål, men också att be anhöriga att de själva registrerar synpunkten direkt. I entrén på anslagstavlan sitter en QR-kod så det är lätt att komma in i systemet och skriva.

## 15. Mål, strategier och utmaningar kommande år

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Trivsammare inomhus miljö	Nationella Brukarunder sökningen	Tillsätta en trivselgrupp som tar förslag på vad som kan förbättras	Trivselgruppen/ Vc	Juni 2025
Diakoni i praktiken	Att få arbetssätt och rutiner inom kost och måltid implementerat.	Egenkontrollsmätning (måltidsmiljö)	Driftområdet sätter en gemensam riktning på innehållet och har ett likvärdigt arbetssätt.  Kostombud på varje avd	Vc /Doc  Kostombud/ Medarbetare	Dec 2025
Tillit och lärande	God följsamhet i Livsmedelshygien	Registrera i Anticimex	Utbildning i Livsmedelshygien och digital registrering i Anticimex	Vc/ Samordnare/Medarbetare	Maj 2025
Tillit och lärande	Goda kunskaper i HLR	Alla medarbetare gått utb	Boka HLR utb	Vc	April 2025
Tillit och lärande	Svenska palliativa-registret	100% registrering	Egenkontroll månadsvis	OAS/Vc	Dec 2025
Tillit och lärande	Följsamhet Senior Alert	100%	Uppföljning enligt rutin	OAS/ Vc	Juni 2025
Stolta och engagerade medarbetare	Fortsatt utbildning i Skydds- och begränsnings-åtgärder	Ökad kunskap	Utbildning samt göra webb utb Nollvision	Vc/ Medarbetare	Sept 2025
Stolta och engagerade medarbetare	Hälsofrämjande-arbetplats	Korttids-sjuk-frånvaro 3,9%	Utvecklingsarbete i Förbättringskraft (FBK)  Korttidfrånvaro- och rehabsamtal	Vc/ Ledningsgruppen  Vc	Dec 2025

			Följa upp korttidsfrånvaron i månadsvis i Qlickview		
Ansvar för gemensamma resurser	Budget i balans	Uppföljning av månads resultat i Qlickview	Göra veckouppföljningar för verksamheten, Vc lära sig att lägga prognos och sedan göra det.  Samtliga medarbetar ersätter pass efter behov.	Vc  Med-arbetare	Dec 2025