

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Bräcke hemtjänst Alingsås

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
Datum: 2025-01-23

Gäller för: Bräcke hemtjänst Alingsås
Dokumentansvarig: Sandra Jonasson

Innehåll

1.	Sammanfattning	4
2.	Inledning	4
3.	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete	5
3.1.	Organisation och ansvar	5
3.2.	Identifierade förbättringsområden 2025	5
4.	Verksamhetens arbete utifrån kvalitetsområden.....	6
4.1.	Självbestämmande och integritet.....	6
4.2.	Helhetssyn och samordning.....	6
4.3.	Trygghet och säkerhet	7
4.4.	Kunskapsbaserad verksamhet.....	7
4.5.	Tillgänglighet	8
4.6.	Säker vård och omsorg.....	8
5.	Egenkontroll.....	12
5.1.	Verksamhetens arbete med egenkontroll.....	12
5.2.	Egenkontroll av social dokumentation.....	13
5.3.	Journalgranskning, HSL	13
5.4.	Socialstyrelsens nationella undersökningar	14
5.5.	Nationella kvalitetsregister	14
5.6.	Punktprevalensmätning (PPM)	15
6.	Avvikelser	16
6.1.	Totalt antal avvikelser	16
6.2.	Redovisning utifrån avvikelseyp.....	16
6.3.	Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)	17
6.4.	Avslutade utredningar och utredningstid	17
6.5.	Missförhållanden (lex Sarah)	17
6.6.	Vårdskada (lex Maria).....	18
7.	Synpunkter och klagomål	18
8.	Risikanalyser	18
9.	Identifierade förbättringsområden 2026.....	19

1. Sammanfattning

Under 2025 har Bräcke hemtjänst Alingsås bedrivit verksamheten med fortsatt fokus på kvalitet, trygghet och patientsäkerhet. Året har präglats av ett chefsbyte under första kvartalet, vilket innebar ett omtag i delar av verksamhetsstyrningen och det systematiska kvalitetsarbetet. Trots detta har verksamheten upprätthållit en god kvalitet i utförandet av hemtjänstinsatser.

Resultaten från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning visar mycket goda resultat avseende bemötande, tillgänglighet och brukarnöjdhet. Verksamheten uppnådde fullt resultat inom bemötande, vilket speglar ett strukturerat och värdegrundsbaserat arbetssätt. Arbetet med fast omsorgskontakt och geografisk indelning av personal har bidragit till ökad kontinuitet och trygghet för brukarna.

Samverkan med Alingsås kommun har utvecklats under året, bland annat genom återkommande teamsamverkan med berörda professioner. Detta har stärkt helhetssynen kring den enskilde brukaren, även om det fortsatt finns utmaningar i informationsöverföringen i samband med utskrivning från sjukhus.

Hemtjänst Alingsås har haft en hög rapporteringsgrad av avvikelser, vilket indikerar en god säkerhetskultur. Inga allvarliga händelser enligt lex Sarah eller lex Maria har rapporterats under året. Identifierade utvecklingsområden rör främst dokumentation, läkemedelshantering och riskanalyser, vilka kommer att prioriteras i verksamhetens fortsatta kvalitetsarbete under 2026.

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.

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 vårdskada. 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.

3. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

3.1. 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. Från och med 1 september 2025 har stiftelsen genomfört en organisationsförändring. Syftet med denna organisationsförändring är att ledning och stödfunktioner ska kunna jobba närmare verksamheterna. Stiftelsen är numera uppdelad i två verksamhetsområden som har varsin lednings-grupp. De nya verksamhetsområdena är Vård & Omsorg samt Fastighet & Hotell. Vård-och omsorgschefen ansvarar nu även för stödfunktionen Välfärdsutveckling och fastighetschefen får ett ännu tydligare ansvar för Fastighetsutveckling. Den tidigare ekonomiavdelningen blir en Finansavdelning och en finanschef tillsätts. Ledningsgruppen består sedan omorganisering av direktor, vård- och omsorgschef, finanschef, HR-chef, utvecklingschef, fastighetschef, samt kommunikationschef. Verksamhetsområdet Vård och omsorg är i sin tur uppdelad i fem områden: Rehabilitering & specialistvård, Primärvård, Funktionsstöd, Vård & omsorg i hemmet samt Vård & 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 patient- och brukarsäkerhet.

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, data-skyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp. Sedan den 1 december 2025 leds Kvalitetsavdelningen av kvalitetschef som rapporterar till utvecklingschef.

3.2. Identifierade förbättringsområden 2025

Det skedde ett chefsbyte i februari 2025 vilket har medfört ett omtag i verksamheten och alla mål har därför inte varit aktuella att arbetas med. Vi har dock ökat vårt bemötande, till 100 % i senaste brukarundersökningen – mål 1. Vissa mål kommer även att flyttas över till 2026.

Fokus-område	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Bättre bemötande	Ta in diakon eller organisationskonsult	Verksamhetschef	2025-12-31	100
Stolta och engagerade medarbetare	Goda kunskaper i HLR	HLR utbildning	Verksamhetschef	2025-12-31	0
Stolta och engagerade medarbetare	Bättre kunskaper om jämställdhet/ likabehandling	Ta in diakon eller organisationskonsult	Verksamhetschef	2025-12-31	0
Stolta och engagerade medarbetare	Goda kunskaper i brandskydd	Brandutbildning (släck)	Verksamhetschef	2025-12-31	0
Tillit och lärande	Bättre kunskap om demens och bemötande av demenssjuka	Utse och utbilda demens ombud	Verksamhetschef	2025-12-31	0
Tillit och lärande	Bättre kunskap om psykiska diagnoser	Utbilda och fortsätta på Det lågaffektiva spåret vi påbörjat	Verksamhetschef	2025-12-31	0

Figur 1. Verksamhetens mål och måluppfyllelse för 2025.

4. Verksamhetens arbete utifrån kvalitetsområden

I detta avsnitt ges en redovisning och analys av verksamhetens arbete utifrån de områden som nämndens kvalitetskrav innefattar; självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och säker vård och omsorg.

4.1. Självbestämmande och integritet

Utifrån genomförandeplanen använder vi tidsspannen för att vara lyhörda för våra brukares önskemål och behov, exempelvis anpassar oss efter brukarens dagsform men också flexibla med snabba omställningar utefter brukarens önskemål. Vi har dessutom stor möjlighet att ta hänsyn till integritet genom att vi har en arbetsgrupp bestående av såväl kvinnor som män. Vi är också noga med sekretessen.

4.2. Helhetssyn och samordning

- Teamsamverkan har påbörjats var sjätte vecka där professioner såsom sjuksköterskor, rehab, bistånd samt vi utförare har deltagit. Vi upplever att detta nya arbetssätt gynnar de brukare som tas upp.
- Vi kan fortsatt uppleva vissa svårigheter i att få information i rimlig tid när en brukare vårdas på sjukhus och är utskrivningsklar. Vi upplever att det finns en förväntan från sjukhusen att vi ska ha direktinformation när en brukare är utskrivningsklar och redo att åka hem, vilket vi inte har idag utan får förlita oss på information från kommunen.
- SIP, Bräcke hemtjänst deltar i de SIP:ar som vi kallas till.

- Fast omsorgskontakt (FOK) arbetar vi med för att förbättra samordningen runt den enskilde kunden. FOK är ett område som vi arbetat med aktivt under hela året. Exempelvis är medarbetarna indelade i tre geografiska områden för att upprätthålla en god kontinuitet.

4.3. Trygghet och säkerhet

Vi försöker skapa trygghet genom att vara klädda i Bräckekläder och bära namnbricka med namn och titel. Vi försöker att alltid informera brukarna om eventuella förändringar för att skapa tillit och trygghet. Vi har också organiserat oss så att all personal vid våra morgonmöten blir insatta i aktuella händelser kring våra brukare.

Sekretessklassade dokument, pärmar och handlingar förvaras i inlåst skåp. Vi använder också både brandsäkra kassaskåp och inbrottssäkra nyckelskåp där bland annat nycklar till brukarna förvaras.

Vi använder oss av ett informationsverktyg för snabb och korrekt intern kommunikation mellan personal och administrativ personal. Detta säkerställer att viktig och akut information omhändertas på en gång.

Vi upplever en risk att vi inte kan dokumentera i en HSL-journal, tex medicin som inte kunnat ges kan inte dokumenteras på något sätt hos oss. Detta dokumenteras endast av kommunens sjuksköterska och når inte oss.

4.4. Kunskapsbaserad verksamhet

Varje verksamhet inom stiftelsen 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).

Därutöver har det i Bräcke hemtjänst Alingsås har det under året genomförts följande kompetenshöjande åtgärder för medarbetarna:

- Medarbetare går äldreomsorgslyftet och utbildar sig till undersköterska på betald arbetstid.
- Reflektion kring utåtagerande beteende samt lågaffektivt bemötande.
- Nya medarbetare erbjuds lärande i digitala system: Combine, Medvind och Carefox.
- Hygienombud har informerat om basala hygienrutiner.
- Brandinspektion av lokalerna med brandinspektör från Presto.
- Påbörjat arbetet med att ställa om till trygg hemgång.

4.5. Tillgänglighet

Vi har upparbetat arbetssätt med telefontider för att skapa tillgänglighet och förutsägbarhet. Våra telefontider är helgfria vardagar klockan 8–10 samt klockan 13–15. Verksamhetschef finns tillgänglig per telefon mellan cirka 07.30- 17.00 helgfria vardagar samt via mejl.

För att säkerställa att personal alltid kan söka stöd hos en överordnad finns det inom stiftelsen alltid en s.k. chef i beredskap. Chef i beredskap finns tillgänglig för personal att kontakta vid akut behov av arbetsledning utanför verksamhetens kontorstider.

Brukarundersökningen –”Vad tyckte de äldre om äldreomsorgen” visade på gott resultat gällande tillgänglighet, bemötande och kundnöjdhet.

4.6. Säker vård och omsorg

Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

Bräcke diakonis vision är att skapa ett medmänskligare samhälle genom de värden som varje dag uppstår i mötet mellan dem som behöver vård, stöd och omsorg och dem som ger den. 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 gemen-samma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

En god säkerhetskultur

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 samt genom hantering av brister genom egenkontroll, synpunkter och avvikelser. 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.

Risikanalyser

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.

Risikanalyser 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. I hemtjänst Alingsås är riskanalyser ett utvecklingsområde som vi kommer att arbeta mer aktivt med under 2026.

Egenkontroll

Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer Bräcke diakonis kvalitetsavdelning 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 fem 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 kvalitetsmognad gemensamt bedöms utifrån en 3-gradig skala. Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2025 framkom behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld, elavbrott, it-attack och brandsäkerhet. Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till samtliga ledningsgrupper 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, Figur 1.



Figur 2. 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. 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 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 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* 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

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. önskar få delta i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer. Samverkan sker på olika nivåer, exempelvis på individnivå genom SIP och på verksamhetsnivå med kommuner.

Samverkan med andra samhällsaktörer sker främst på övergripande nivå inom Bräcke 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 2025 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.

Forskningssamverkan sker på övergripande nivå inom stiftelsen och 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, styrning och ledning samt evidensbaserad praktik.

Samverkan med Alingsås kommun

Samverkan med kommunen har blivit mycket bättre sedan deras utvecklingsledare anställdes, som är kontaktpersonen för externa utförare.

5. Egenkontroll

5.1. Verksamhetens arbete med egenkontroll

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet och kvalitet bejakas.

Kvalitetsdialog

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

Figur 3. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

Under året har ett chefsbyte genomförts, vilket har inneburit att kvalitetsarbetet har behövt ta ett nytt omtag. Ny chef behöver sätta sig in i rutiner och arbetssätt, vilket skett successivt och ska fortsätta 2026.

5.2. Egenkontroll av social dokumentation

Områden som fungerar bra;
1. Social dokumentation
2. Att påbörja genomförandeplan inom rimlig tid
3. Integriteten i genomförandeplanerna

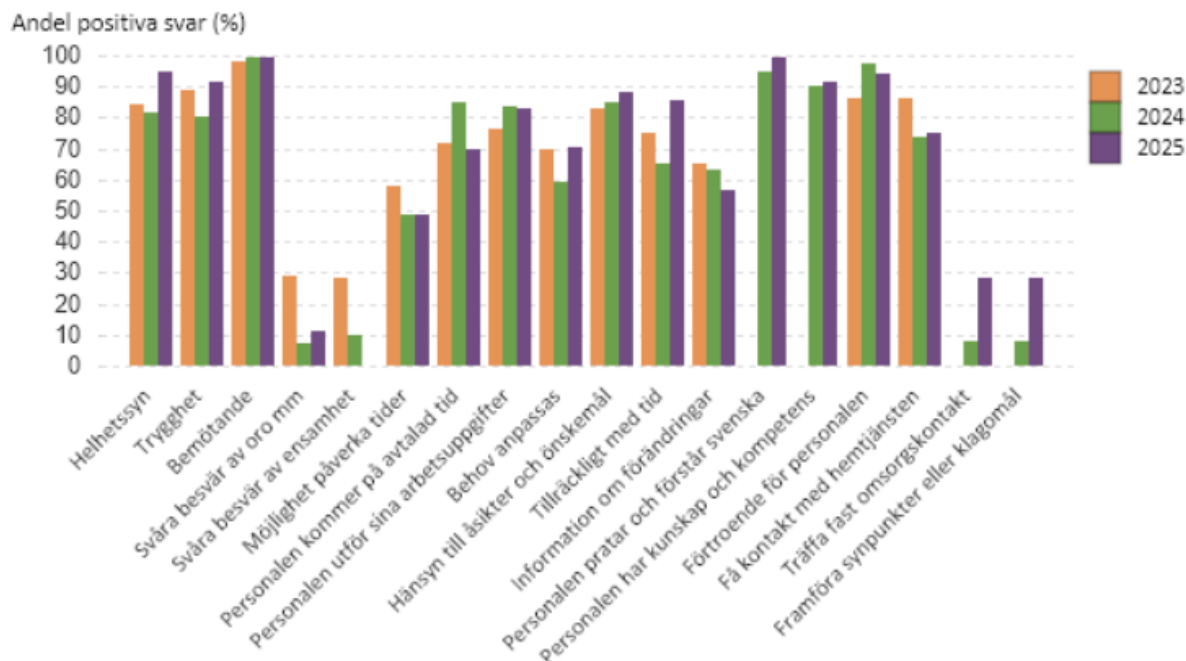
Områden som behöver utvecklas/förbättras;
1. Att slutföra genomförandeplaner
2. Att följa upp genomförandeplaner
3. Att göra en journalanteckning med hänsyn till avvikelsernummer.

Handlingsplan är framtagen och innebär bland annat att vi ska arbeta vidare med att avsätta tid för att skriva färdigt våra genomförandeplaner. Detta har gett god effekt och vi kommer att ytterligare följa upp detta i nästa dokumentationsgranskning.

5.3. Journalgranskning, HSL

Journalgranskning i HSL journaler är inte aktuellt hos oss.

5.4. Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 4. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2025 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: kolada.se

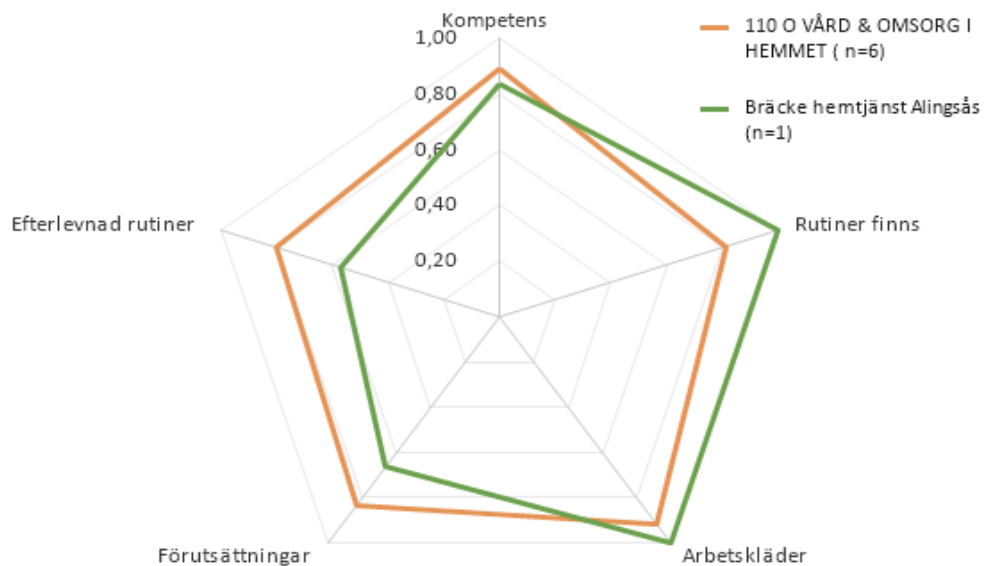
Vi noterar att vi har förbättrat resultaten i år, vilket vi är stolta över. Fast omsorgskontakt är ett nytt namn för våra brukare och vi jobbar med att implementera det nya begreppet.

För att upprätthålla det goda resultaten jobbar vi aktivt med bland annat tillgänglighet, tillit att våga lyfta det som inte fungerar.

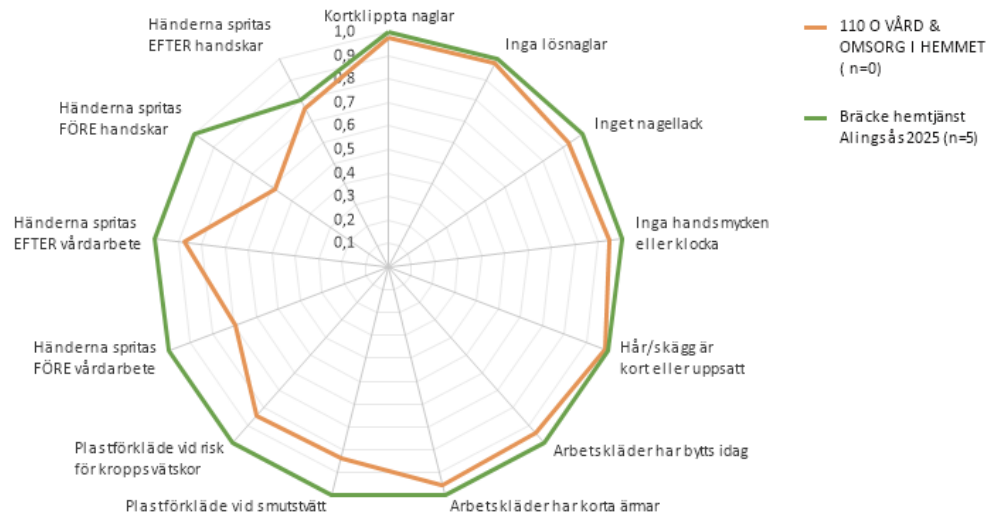
5.5. Nationella kvalitetsregister

Det ansvarar kommunens hemsjukvård för att registrera.

5.6. Punktprevalensmätning (PPM)



Figur 5. Egenkontrollmätning av Vård- och omsorgshygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens och områdets resultat för 2025



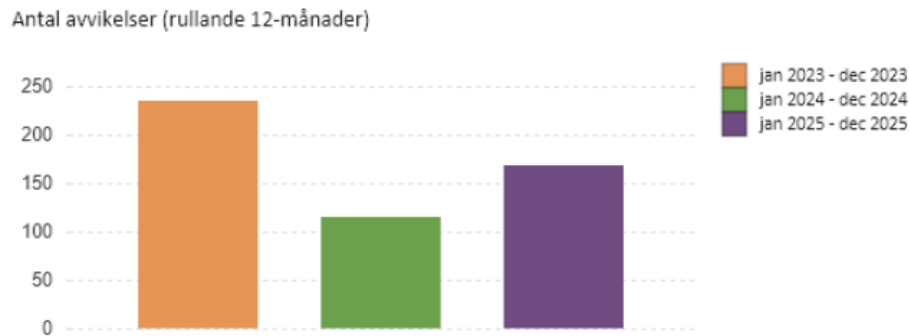
Figur 6. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens och områdets resultat för 2025.

Vi ser att vi behöver implementera rutinen för förrådshantering. Detta kommer arbetas vidare med under 2026.

Vi ser i övrigt att vi överlag har en bra basal hygien och kommer att arbeta för att upprätthålla detta även 2026.

6. Avvikelser

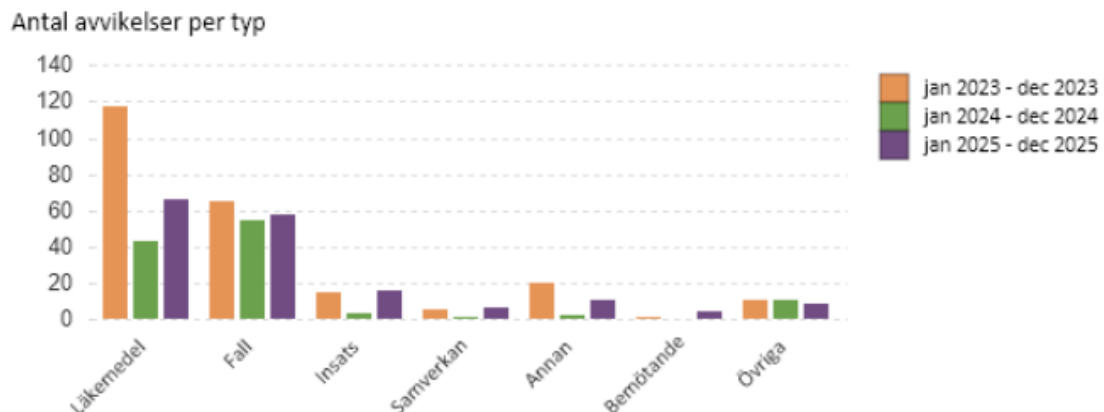
6.1. Totalt antal avvikelser



Figur 7. Antal avvikelser totalt och per typ för 2025 samt förändringen mot tidigare år.

Det har regelbundet jobbat med avvikelser, i viss utsträckning i samarbete med kvalitetsombud. Det har tagit upp på APT om vissa avvikelser förekommer flera gånger, samt att vi har fört information vidare till andra professioner om det tex handlat om fallolyckor x flera för samma person.

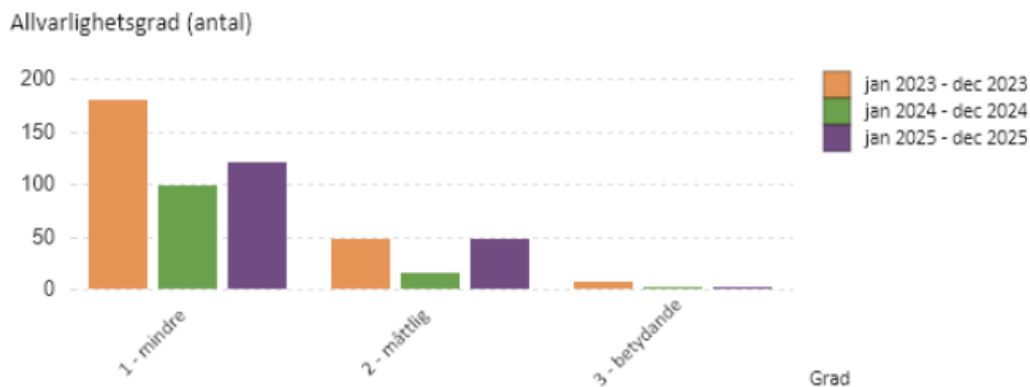
6.2. Redovisning utifrån avvikelsestyp



Figur 8. Antal avvikelser totalt och per typ för 2025 samt förändringen mot tidigare år.

Det har inte upptäckts något tydligt mönster i antalet avvikelser eller sorten avvikelser som inkommit. Det svåraste att åtgärda är läkemedelsavvikelse, och där finns en rutin kring missade läkemedel samt missade signeringar. Fallavvikelse, arbetar vi med bland annat i teamsamverkan med kommunen.

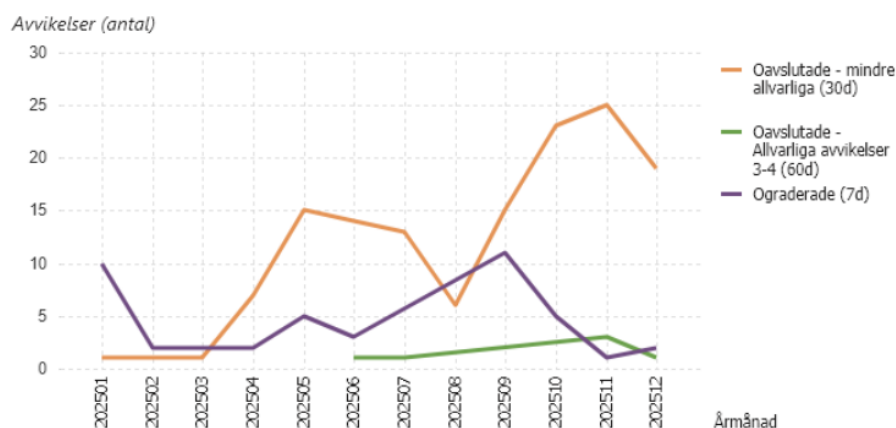
6.3. Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)



Figur 9. Avvikelseernas allvarlighetsgrad för 2025 samt förändringen mot tidigare år.

Grafen visar att vi har en hög inrapportering av avvikelser och vi fångar det som händer innan det hinner bli allvarligt.

6.4. Avslutade utredningar och utredningstid



Figur 10. Utredningstid och antal avvikelser som graderas inom 7 dagar under 2025.

Alla avvikelser hanteras, men det administrativa hamnar ibland på efterkälken. Utredningstiden förlängs också pga. två olika avvikelssystem.

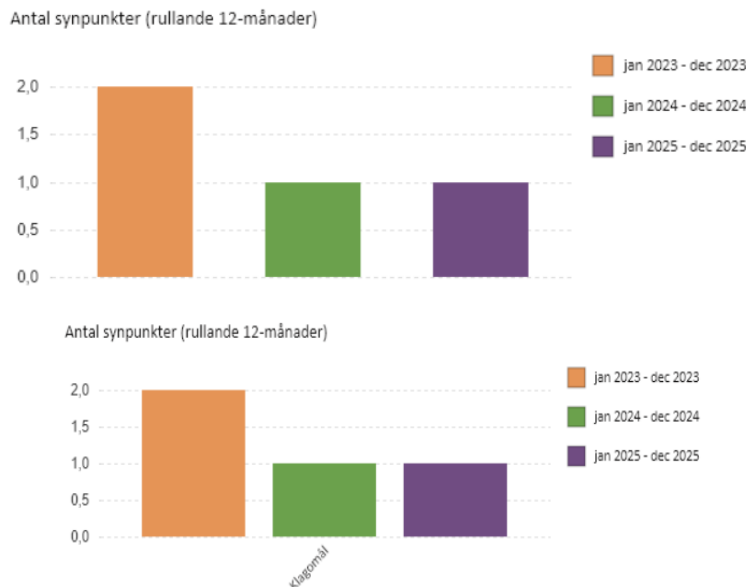
6.5. Missförhållanden (lex Sarah)

Ej inkommit några Lex Sarah i år.

6.6. Vårdskada (lex Maria)

Ej inkommit några Lex Maria i år

7. Synpunkter och klagomål



Figur 11. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2025 samt förändringen mot tidigare år.

De flesta synpunkter inkommer via telefon till samordnare eller chef, där det ibland kan behöva förklaras eller förtydligas. Åsikter och synpunkter och samtal omhändertas och dokumenteras i journal.

8. Riskanalyser

Under året har det genomförts exempelvis en riskanalys gällande ett framtida byte av lokal för hemtjänsten i Alingsås.

Vi är bra på att hantera akuta uppkomna situationer och har en hög riskmedvetenhet, men vi kan bli bättre på att dokumentera riskerna och detta är ett mål för 2026.

På individnivå finns också ett utvecklingsbehov som vi ska arbeta med under 2026, där vi ska implementera på individnivå.

9. Identifierade förbättringsområden 2026

Nedan redovisas en sammanställning av verksamhetens prioriterade utvecklingsområden för 2026. Sammanställningen visar de områden där verksamheten ser störst behov av fortsatt utveckling, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2025.

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Genomföra fler riskanalyser	Rutiner på arbetsplatsen	Ta med ut till nya brukare vid första hembesöket	Verksamhetschef	261231
Tillit och lärande	Mer delaktighet med avvikelser	Avikelsestatistik	Göra personalen mer uppmärksam och uppdaterad på vilka avvikelser som inkommer och jobba med det	Verksamhetschef	261231
Stolta och engagerade medarbetare	Undersöka förutsättningar för demsteam	Intresse i gruppen samt brukarunderlag	Se över intresse i gruppen och skicka på utbildning.	Verksamhetschef	261231
Tillit och lärande	Utbildningar som bidrar till lärande och trygghet.	Kompetenshöjande	Bla. specialistundersköterska och HLR-utbildning	Verksamhetschef	261231
Diakoni i praktiken	Signering av läkemedel i Combine	Minska antalet missade signeringar	Säkerställa en korrekt signeringsrutin	Verksamhetschef	260630