

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Bräcke vård-och omsorgsboende Ginstgården

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
Datum: 2026-01-24

Gäller för: Bräcke vård och omsorgsboende
Ginstgården
Dokumentansvarig: Ann-Louise Rickardsson

Innehåll

1.	Sammanfattning	3
2.	Inledning	3
3.	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete	4
3.1.	Organisation och ansvar	5
3.2.	Identifierade förbättringsområden 2025	6
4.	Verksamhetens arbete utifrån kvalitetsområden.....	8
4.1.	Självbestämmande och integritet.....	8
4.2.	Helhetssyn och samordning.....	9
4.3.	Trygghet och säkerhet	10
4.4.	Kunskapsbaserad verksamhet.....	10
4.5.	Tillgänglighet	11
4.6.	Säker vård och omsorg.....	12
5.	Egenkontroll.....	13
5.1.	Verksamhetens arbete med egenkontroll.....	13
5.2.	Egenkontroll av social dokumentation.....	15
5.3.	Journalgranskning, HSL	15
5.4.	Nationella kvalitetsregister	15
5.5.	Punktprevalensmätning (PPM)	18
6.	Avvikelser	20
6.1.	Totalt antal avvikelser	20
6.2.	Redovisning utifrån avvikelseyp.....	20
6.3.	Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)	21
6.4.	Avslutade utredningar.....	21
6.5.	Utredningstid	22
6.6.	Missförhållanden (lex Sarah)	22
6.7.	Vårdskada (lex Maria).....	23
7.	Synpunkter och klagomål	24
8.	Risikanalyser	24
9.	Identifierade förbättringsområden 2026.....	25

1. Sammanfattning

De flesta av våra förbättringsmål för 2025 är uppnådda med 100%.

Under 2025 har bland annat fokus lagts på att öka kompetensen för medarbetarna. Det har både varit handledning på plats och gjorts webbutbildningar, men vi har även haft utbildningsdagar på Ginstgården. Utbildningar som gjorts under året har varit HLR, lågaffektivt bemötande, Durewall metoden samt förflyttningsteknik. Det är viktigt att medarbetarna får kompetenspåfyllnad för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett sätt som garanterar att en god vård och omsorg ges till dem vi är till för. Det är också viktigt att det leder till att de får verktyg till att göra ett bra arbete och som kan skapa en trygghet i det vardagliga arbetet samt att det bidrar till en bra arbetsmiljö. Under året har vi även tagit fram en kompetensutvecklingsplan för medarbetarna, så att kompetensutvecklingen fortsätter även framöver.

Även arbetet med att förbättra inflyttningsprocessen har fortsatt under året. Vi har uppdaterat vår checklista vid inflyttning och arbetat aktivt med att fråga anhöriga hur de mår i processen samt stöttat anhöriga med samtal vid inflyttning om det funnits behov av det. 2026 blir sista året vi arbetar med detta förbättringsarbete.

Vi kommer även nästa år att få fortsätta arbeta för att 100% av boende registreras i Palliativa registret, vi når inte upp till denna målsättning i år.

Under året har det bland annat varit grillfest för boende och anhöriga i trädgården och i samband med detta var det musikunderhållning. Grötfesten för boende och anhöriga har även i år varit lyckad. I år var det rekord på antal som var med. Vi blev ca 90 personer som deltog på Grötfesten. I år var det ännu fler anhöriga som deltog på dialog och informationsmötet innan Grötfesten. Under detta möte hade vi många bra diskussioner om förbättringsarbete, men även om det som var bra. Under året har vi aktivt försökt att höja svarsfrekvensen på brukarundersökningen, så under mötet gick vi även igenom brukarundersökningen för att höja intresset av att fylla i enkäten. Många anhöriga uttryckte under mötet att de anser att det blir konstigt att de skall svara på frågor som tex trygghet, ensamhet och hur maten smakar när de inte vet vad deras anhöriga upplever eftersom de inte kan själva uttrycka detta. Det fanns förslag på att brukarenkäten borde göras om för att vara anpassad till personer med kognitiv svikt.

Resultatet i brukarundersökningen visade på fina resultat bland annat är upplevelsen 100% på frågan om trygghet och att personalen och sjuksköterskorna är tillgängliga. 90% är nöjda med helheten på Ginstgården.

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

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.

Under året har den driftledningsgrupp som Ginstgården tillhör återkommande gjort riskanalyser samt gått igenom rutiner veckovis samt vid behov. Egenkontroller genomförs enligt ett framtaget årshjul. En gång i månaden följer områdeschef upp resultat, planerade åtgärder samt utförda åtgärder. På Ginstgården finns ett 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.

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 Finans-avdelning 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, dataskyddsombud, 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

Fokusområde	Mål	Tidplan	Mål-uppfyllelse
Tillit och lärande	God följsamhet i Livsmedelshygien	2025	100
Diakoni i praktiken	Trivsammare inomhusmiljö,	2025	100
Diakoni i praktiken	Att implementera arbetssätt och rutiner inom kost och måltid	2025	100
Ansvar för gemensamma resurser	Budget i balans.	2025	100
Stolta och engagerade medarbetare	Hälsofrämjande arbetsplats	2025	85
Tillit och lärande	100 % ska vara registrerade i palliativa registret som avlidit inom verksamheten.	2025	50
Tillit och lärande	Goda kunskaper i HLR	2025	100
Tillit och lärande	Följsamhet Senior Alert	2025	90
Stolta och engagerade medarbetare	Öka kunskapen inom området skydds- och begränsnings åtgärder .	2025	100

God följsamhet i livsmedelshygien

Medarbetarna har gått utbildning inom livsmedelshygien. Under året har Anticimex gjort två inspektioner av mat säkerheten på avdelningarna samt i verksamhetens personalrum. Efter varje besök fick respektive avdelning åtgärda det som behöver förbättras. Vi har även börjat med att varje avdelning gör egenkontroll 1 ggr/vecka som registreras i Anticimex. Under hösten har Ginstgården uppnått 99% registrerade egenkontroller.

Trivsammare inomhus miljö

VI har startat upp en arbetsgrupp, en så kallade trivselgrupp och haft möten. Under dessa möten kom förslag upp på förbättringsåtgärder. En del har handlat om inköp som tex konstgjorda växter, gardiner, belysning eller andra inredningsdetaljer till avdelningarna. Vi har under året utfört storstädning på alla fyra avdelningar. Trots detta så har resultatet på upplevd trivsel av inomhus miljön minskat med 5%. En bidragande orsak till det sämre resultatet i brukarundersökningen kan vara att vi kom igång försent under våren.

Under senare delen av året har Alingsåshem målat om och bytt ut en del golv på några avdelningarna. Även i allmänna utrymmen på Ginstgården är det målat. Dessa insatser kan leda till en bättre upplevelse av inomhus miljön nästa år. Även i allmänna utrymmen har det gjorts inköp av tex tavlor, blomkrukor och blommor.

Att implementera arbetssätt och rutiner inom kost och måltid

Implementeringen av arbetssätt och rutiner inom kost och måltid har gjorts i två steg. Dels har det under hösten startats upp möten med kostombuden. Dessa har utfört måltidsobservationer på varandras avdelningar. Det blev övervägande positiva resultat och gemensamt för alla fyra observationer är att det var lugna måltider utan stress. Det var fint dukat och miljön var trivsamt. I dagsläget har målgruppen som bor på Ginstgården svårt att ta mat från karott och uppläggningsfat, så därför var maten fint upplagd på tallrik och serverades på så vis av personal. Personal informerade vad som serverades och önskade smaklig måltid, flera boende kunde uttrycka att maten smakade bra. Alla blev också erbjudna mer mat om så önskades samt en dessert.

Utvecklingsområden som identifierades var att påminna varandra om att all mat ska vara förberedd före servering, exempelvis om mat behöver finfördelas eller passeras så ska detta göras innan servering påbörjas. Viktigt också att vikarier hålls uppdaterade och informerade om Ginstgårdens rutiner kring måltiderna. Under uppföljningen av måltidsobservationen diskuterades utmaningen med att boende äter i väldigt olika takt. Någon kan vara klar innan någon annan inte ens är halvvägs. Denna fråga finns på agendan inför vårens träffar. I arbetet inom Förbättringskraft har vår ledningsgrupp tagit fram ett årshjul som knyter an till årets högtider och våra måltider samt hur vi dukar. Planen är att det skall finnas färdiga dukningslådor på varje avdelning som innehåller det som skall användas till varje högtid som är under året. Det medföljer även instruktioner och bilder på hur vi dukar, så att alla vet hur till exempel hur borddukning ser ut till jul. Under nästa år kommer implementeringen av detta arbete att fortsätta.

Budget i balans

Veckouppföljningar görs på arbetade timmar och beläggning. Varje månad har verksamhets-, områdeschef och controller en ekonomiuppföljning när resultatet för föregående månad är klar. Under dessa möten analyseras resultatet, vi tittar på avvikande siffror, korttidsfrånvaro och gör en prognos för kommande månad.

Hälsofrämjande arbetsplats

Varje månad ses föregående månadssiffror för korttidssjukfrånvaro över på ekonomiuppföljningen och vi diskuterar resultatet. Under året har verksamhetschefen fortsatt att arbeta aktivt med korttidsfrånvaro- och rehabiliteringssamtal, verksamhetschef kontaktar medarbetare som är sjuka för att stämma av. Vi försöker att träffas utanför arbetstid några gånger varje år för att stärka sammanhållningen i arbetsgruppen. Målet för korttidsfrånvaron i vård- och omsorgens ledningsgrupp är 3,9%. Korttidssjukfrånvaron för 2025 hamnar på 4,8% det innebär att målet inte nås, men det är en sänkning från 2024 då frånvaron var 5,0%.

100% ska vara registrerade i palliativa registret som avlidit inom verksamheten

Detta mål har vi inte uppnått, det har varit svårt för sjuksköterskorna att få till detta dels på grund av att det var under några månader en sjuksköterska kort och då var en timanställd-/bemanning sjuksköterska inne och då blir det strukturerade kvalitetsarbetet åsidosatt. Vi kommer fortsätta att ha detta som ett mål under 2026 och arbeta för att hitta rutiner så att registreringen blir gjord.

Goda kunskaper i HLR

Utbildning för samtliga månadsanställda genomfördes under februari månad.

Följsamhet i Senior Alert

Vi har en god följsamhet i Senior alert.

Öka kunskapen inom området Skydds- och begränsningsåtgärder

MAR och verksamhetschef (arbetsterapeut) från Pilhamns särskilda boende med goda kunskaper inom området har varit med på APT under våren och utbildat inom området. Under hösten gjorde medarbetarna webbutbildning Nollvision. Vi har en dialog i teamet innan skydds- och begränsningsåtgärder sätts in. Handlingsplanen följs upp av teamet ungefär var tredje månad eller vid behov. Blir det avvikelser från handlingsplanen, så dokumenterar personalen avvikelserna i den enskildes journal och gör en avvikelse. Det kan till exempel vara att en boende drar ur en sladd, så att inte larmet fungerar. Vid dessa tillfällen görs en ny utvärdering av vilket larm som blir bäst för den boende. Under hösten har larmgruppen i Alingsås kommun varit behjälpliga med att bygga trådlösa rörelselarm.

4. Verksamhetens arbete utifrån kvalitetsområden

4.1. Självbestämmande och integritet

Även under detta år 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. Vi uppmuntrar anhöriga innan inflyttning att möblera och göra det hemtrevligt med möbler och saker som deras närstående känner igen i lägenheten.

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

Vid inflyttning har stödpedagog, verksamhetschef, personal och fysio- och arbetsterapeuten 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.

Socialstyrelsens nationella undersökning visar att 89% av våra boende upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål.

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. Varje avdelning har ett aktivitetsschema. Aktiviteter som erbjuds är till exempel dam- och herrklubb, högläsning, gymnastik, målning, promenader, besök av trubadur, gudstjänst. 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. En annan viktig del är arbetet med genomförandeplanerna. Under året 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.

4.2. Helhetssyn och samordning

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. Under december påbörjades planeringen för att ha samverkansmöte där fysio- och arbetsterapeut från kommunen är med. Även om vi har egna tvärprofessionella möten, så har fysio- och arbetsterapeutens kompetens saknats för att få till en helhetssyn. Planen just nu är att första mötet kommer bli i början av februari 2026.

Samverkan med andra utförare

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

Inflyttning

Under inflyttningsprocessen, så använder verksamheten "Checklista ny boende". Checklistan är uppdelad i följande områden: Innan inflyttning, inflyttningsdagen och under de första 14 dagarna efter inflytt. I denna del planeras välkomstsamtal in. Innan eller på inflyttningsdagen får anhöriga information om kontaktuppgifter till verksamheten, kontaktperson och broschyren "*Välkommen till oss, Säg vad du tycker*" samt övrig information som är bra att ha vid inflyttning. Under 2025 har Checklistan ny boende

uppdaterats, så den är mer anpassad efter Ginstgårdens verksamhet. Vi har även börjat med att skriva ett Välkomstkort till ny boende som placeras i lägenheten innan inflyttning.

Under 2024 startade projektet Inflyttningsprocessen med ett anhörigperspektiv. Projektet görs i samarbete med Marie Cederschiölds högskola, Ersta Diakoni, Nestor FoU center samt FoU nu. 2026 går projektet in i sitt sista år.

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 referensgruppsmöten, då planeras det framåt för föreläsare och underhållning. I dagsläget samarbetar vi med Alingsåskommun, Röda Korset, Alingsås och Vårgårdas demensförening och Frälsningsarmén.

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

Personalkontinuitet

På varje avdelning arbetar sex personal. Det ger en god kontinuitet samt att de boende känner sig trygga med dem som arbetar. I årets brukarundersökning var det 100% som upplevde att det kändes tryggt att bo på Ginstgården.

4.3. 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, bekräftelse av mottagen information om tystnadsplikt, alkohol och droger, religionsutövning på arbetstid. Dessa rutiner har gått igenom på arbetsplatsträffar under året och i samband med genomgång, så har arbetsgruppen haft mindre diskussionsgrupper.
- Under året har inte några förtroende/boenderåd genomförts och nämnden har därför inte bjudits in till dessa.

4.4. Kunskapsbaserad verksamhet

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).

Under året har även Ginstgården tillsammans med driftledningsgruppen tagit fram en fyraårig kompetensutvecklingsplan för att säkerställa kompetensen i verksamheten utifrån olika professioners behov av kompetensutveckling. Planen gör att det blir lättare att planera för vilka utbildningar som skall göras under året. Medarbetarna har under året upplevt att det varit positivt att få påfyllnad med utbildningar som tex HLR, Lågaffektivt bemötande, Durewall metoden samt förflyttningsteknik.

4.5. Tillgänglighet

- Socialstyrelsens brukarundersökning visar på fina resultat, 100% nöjdhet på tillgänglighet för både personal och sjuksköterskor. Vi kommer fortsätta att arbeta som vi gör idag, att vi tar oss tid när en det finns behov av att få ställa frågor och behov av att prata. En annan bidragande orsak till resultatet är att alla professioner i verksamheten är samlade på Ginstgården.
- Anhöriga får kontaktuppgifter till verksamheten innan inflyttning eller vid inflyttningen. 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.
- 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.

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 risikanalyser 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 risikanalyser på individnivå. Det genomförs dessutom en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilde personens journal.

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

Under 2025 har Ginstgården genomfört två punktprevalensmätningar: en inom vårdhygien och en inom basala hygienrutiner. Mätningarna är en del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och syftar till att säkerställa god hygienisk standard samt förebygga vårdrelaterade infektioner.

Utöver punktprevalensmätningarna genomförs årligen, under vår och höst, träffar för basala hygienombud. Under 2025 användes för första gången en ny variant av egenkontroll inom vård- och omsorgshygien, där hygienombud och verksamhetschef gemensamt besvarade frågor inom fem huvudområden: kompetens, rutiner finns, arbetskläder, förutsättningar finns samt efterlevnad av rutiner.

Parallellt genomfördes även den traditionella egenkontrollen av basala hygienrutiner, där medarbetare observerar varandra i det dagliga arbetet. Dessa mätningar ger ett viktigt underlag för uppföljning, förbättringsåtgärder och fortsatt utveckling av hygienarbetet i verksamheten.

5. Egenkontroll

5.1. Verksamhetens arbete med 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 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. 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 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.

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

Ginstgården har god följsamhet inom de flesta områdena. Verksamheten arbetar bland annat systematiskt efter årshjulet med egenkontroller, resultaten analyseras, åtgärdas och följs upp. Inom vissa områden skapas det handlingsplan tex under 2024 och 2025 har vi haft en handlingsplan för att skapa "ordning och reda" inom HSL. Egenkontrollerna som gjordes 2025 visade bra resultat och god följsamhet. För att säkerställa en god kvalitet inom driftområde Vård och omsorg för äldre, så arbetar vi systematiskt med egenkontroller utifrån årshjulet. Dessa följs upp 1 ggr i månaden mellan verksamhetschef och områdeschef. Genom egenkontrollen granskar vi den egna verksamheten, hur vi arbetar, vilka resultat vi har uppnått. Egenkontrollen är också ett underlag för att driva ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete på verksamhetsnivå. Utifrån egenkontrollen skall det göras riskanalyser, upprättas handlingsplaner och vidtas åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättringsområden i årets dialog var att det inte finns någon form av brukar eller patientråd inom verksamheten samt att verksamheten inte arbetar med att dokumentera sina uppföljningar i avvikelssystemet vid allvarigare avvikelser.

5.2. Egenkontroll av social dokumentation

Under året har verksamheten gjort två dokumentationsgranskningar, vår och höst som är inlämnade till Alingsås kommun. Den som gjordes under våren visade på att områden som fungerade bra var till exempel språkbruk och etiska aspekter samt HSL dokumentation vid behovs läkemedel.

Områden som behövde förbättras var till exempel delmål samt avvikelser från genomförandeplanen. Egenkontrollen i höstas visar på att delmålen i genomförandeplanen blivit bättre och det beror troligtvis på att kontaktpersonen blir påmind på grund av att dokumentationsombudet har haft större möjlighet att ge mer stöd och hjälp vid uppstart och uppföljningar av genomförandeplanen, men även att personalgruppen hjälpt varandra vid behov samt att vi aktivt pratat om det. Utmaningarna är att personal som tidigare fått göra genomförandeplaner inte längre får göra det på grund av FAVO, ny personal, svårare att göra genomförandeplaner i journalsystemet samt att det är förvirrande att text från äldre utredningar till exempel hemtjänst följer med i den nya genomförandeplanen. Inför nästa år kommer fokus att ligga på att arbeta för att fler kontaktpersoner blir självgående i arbetet med att starta upp och uppdatera genomförandeplanen.

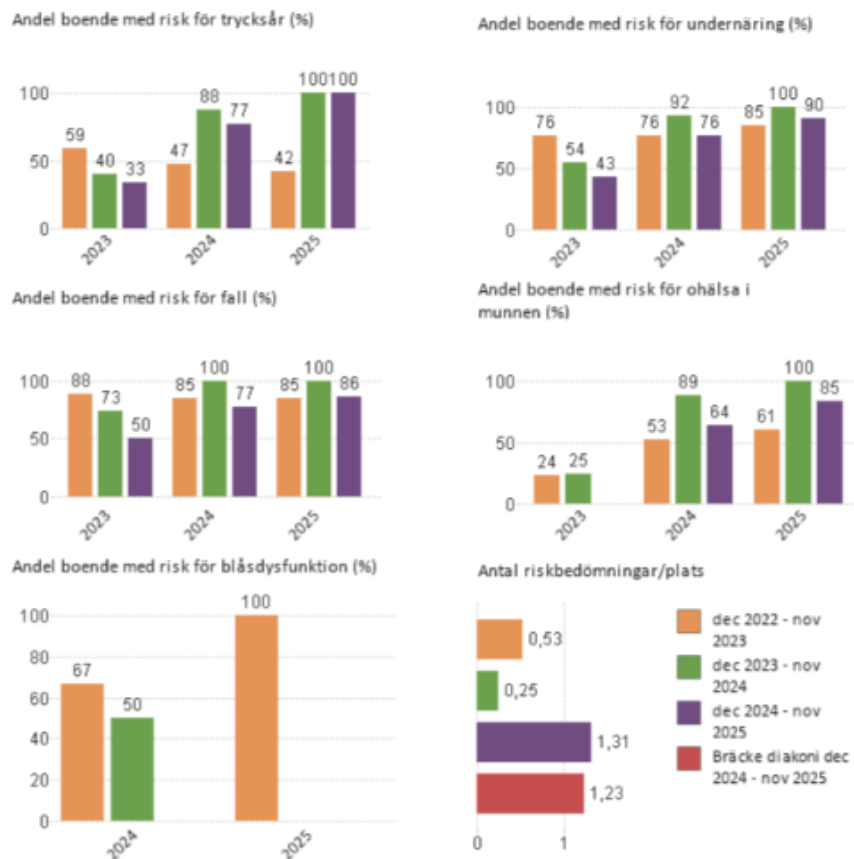
5.3. Journalgranskning, HSL

Inplanerat att göras 2026 februari.

5.4. Nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Riskbedömningar i Senior Alert har varit ett förbättringsområde under 2025. Vilket har gett resultat i att antalet gjorda riskbedömningar har ökat. Fortsatt arbete med att få till kontinuerliga uppföljningar på boende som givit sitt samtycke kommer fortsätta under nästa år. Vid inflyttning inhämtas samtycke och efter samtycket blir den boende inskriven i Senior Alert. Riskbedömningar utförs tillsammans med teamet kring den boende. Kontinuerliga uppföljningar görs var sjätte månad eller vid behov. Under nästa år behöver implementeringen av registreringen med bläddarfunktion påbörjas.



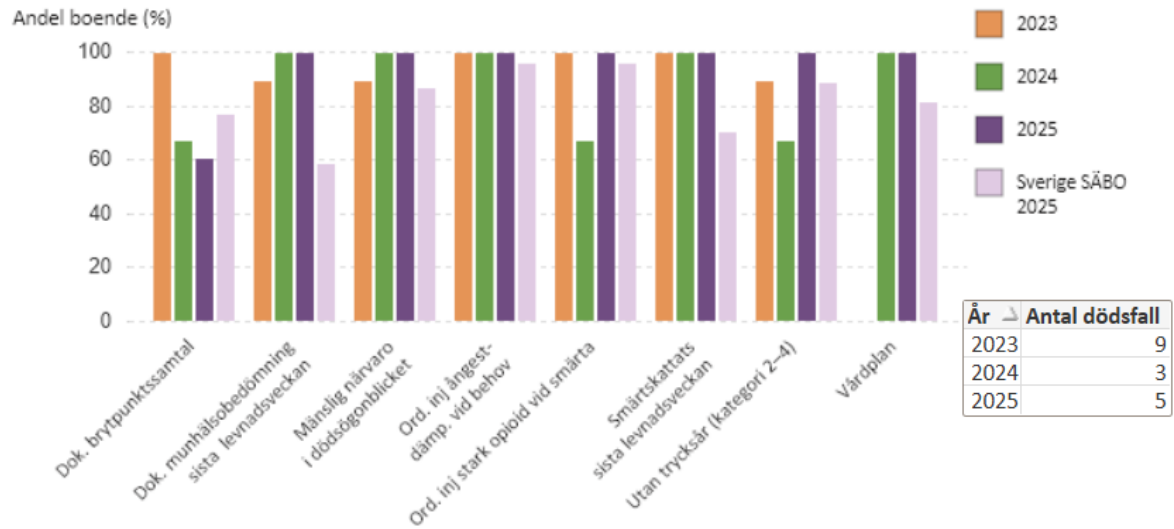
Figur 6. Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2025 samt jämförelser med tidigare år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker (gul). Andelar planerade (grön) och utförda åtgärder (lila) anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

BPSD-registret

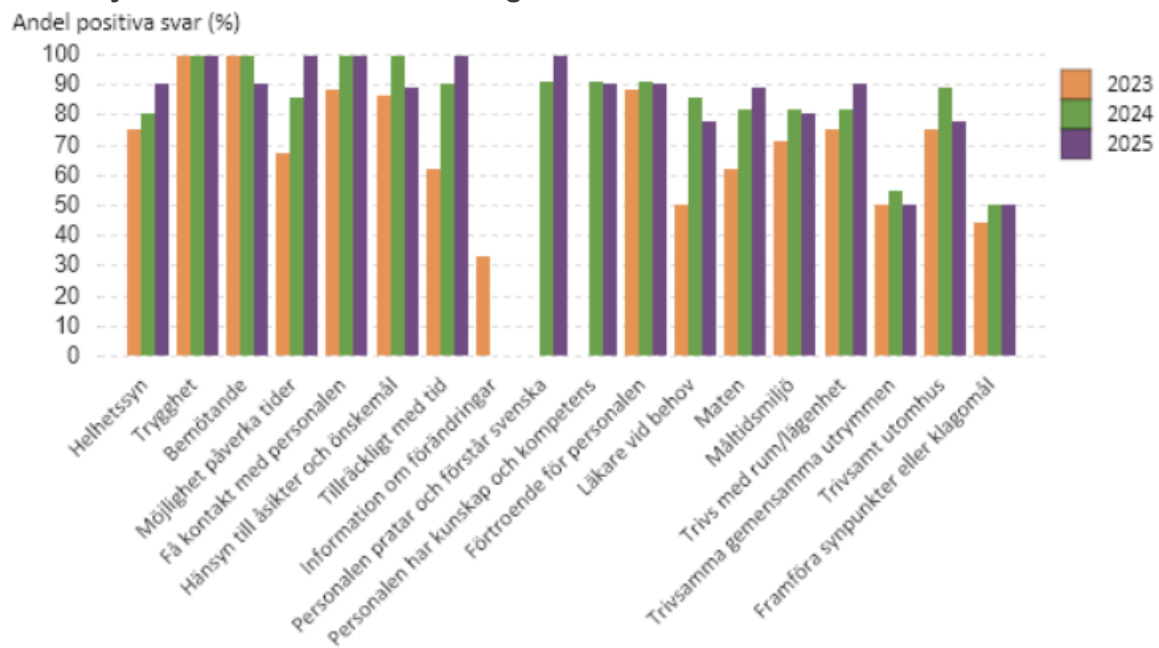
BPSD-skattning och schema i BPSD registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos boende med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vi använder oss regelbundet av BPSD schema på våra teammöten för att kartlägga den boendes oro. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen 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.

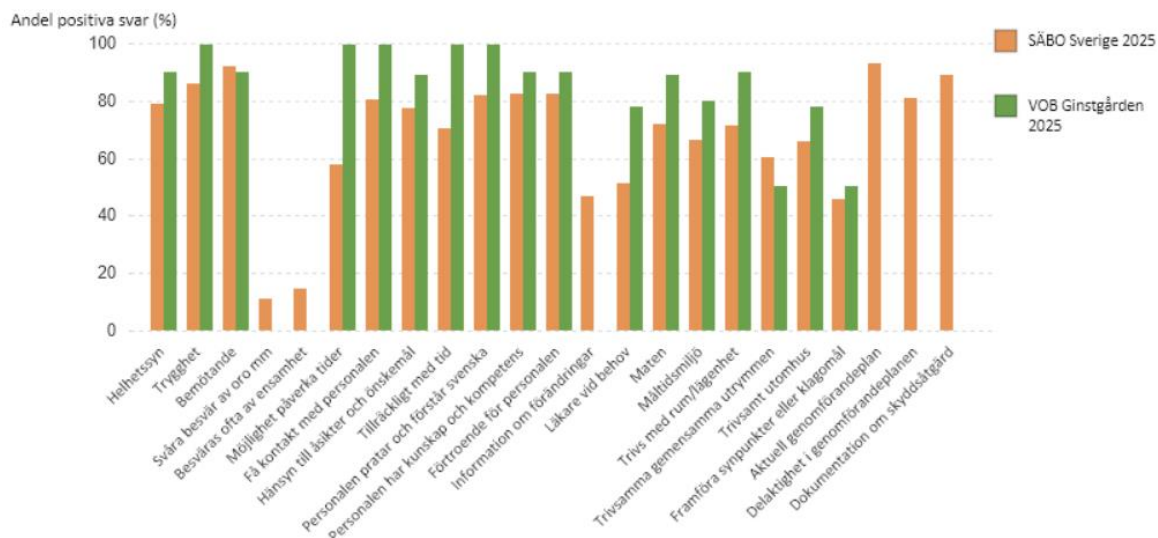
Svenska palliativregistret

Tabellen visar resultat från palliativa registret för 2025 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år. Ginstgården har förbättrat arbetet i palliativa registret på dem som är gjorda i år. Förbättringsarbetet till nästa år är att alla blir registrerade i registret. Antalet dödfall stämmer inte överens med siffran 5. Även få till att brytpunktsamtalen blir dokumenterat.



Socialstyrelsens brukarundersökning





2025 hade vi som förbättringsarbete och mål att höja svarsfrekvensen på Socialstyrelsens brukarundersökning. Trots att information sattes upp på strategiska ställen på Ginstgården samt att anhöriga påmindes om vikten att fylla i undersökningen, så hamnade svarsfrekvensen på samma nivå, 20 - 40%. Brukarundersökningens resultat visade att 90% är nöjda i sin helhet med Ginstgården. Ett bättre resultat jämfört med förra året. På frågan om upplevelsen av trygghet svarade 100% att de är trygga. Vi har även fått fina resultat på tex tillgänglighet, få kontakt med personal, tillräckligt med tid, personal pratar och förstår svenska bra, maten och trivseln i sin lägenhet.

I år visar undersökningen lägre resultat på tex på bemötande, att få träffa läkare vid behov samt trivsamma gemensamma lokaler. 2025 var ett förbättringsområde att öka trivseln i gemensamma lokaler något som vi har arbetat med. En trivselgrupp som bestod av personal från varje avdelning startades upp under våren. Arbetsgruppen bestämde att det skulle göras inköp av konstgjorda blommor, gardiner, belysning med mera. Trots detta, så fick vi i år sämre resultat på frågan. En anledning kan vara att vi kom igång sent på våren med att börja arbeta med förbättringar.

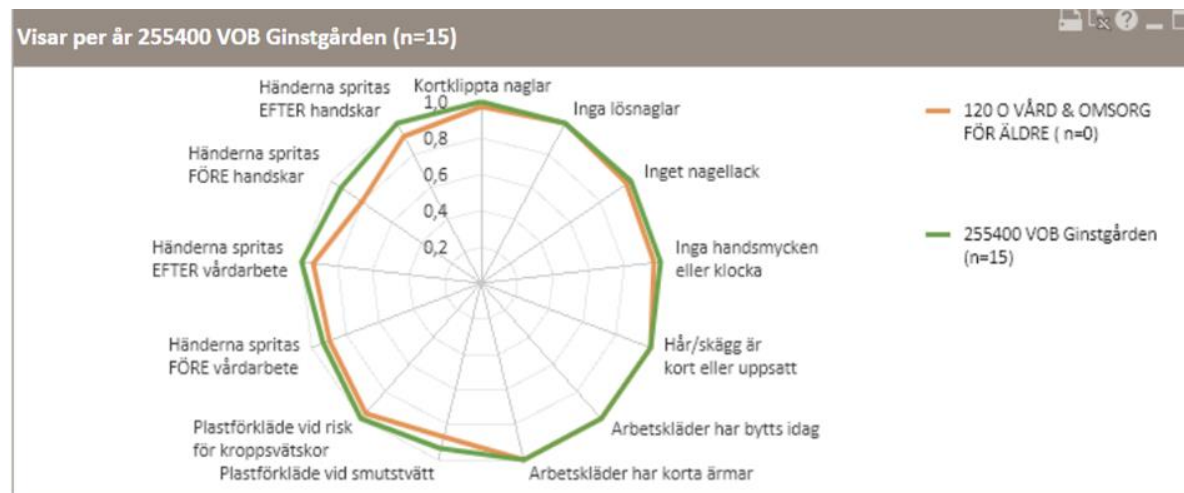
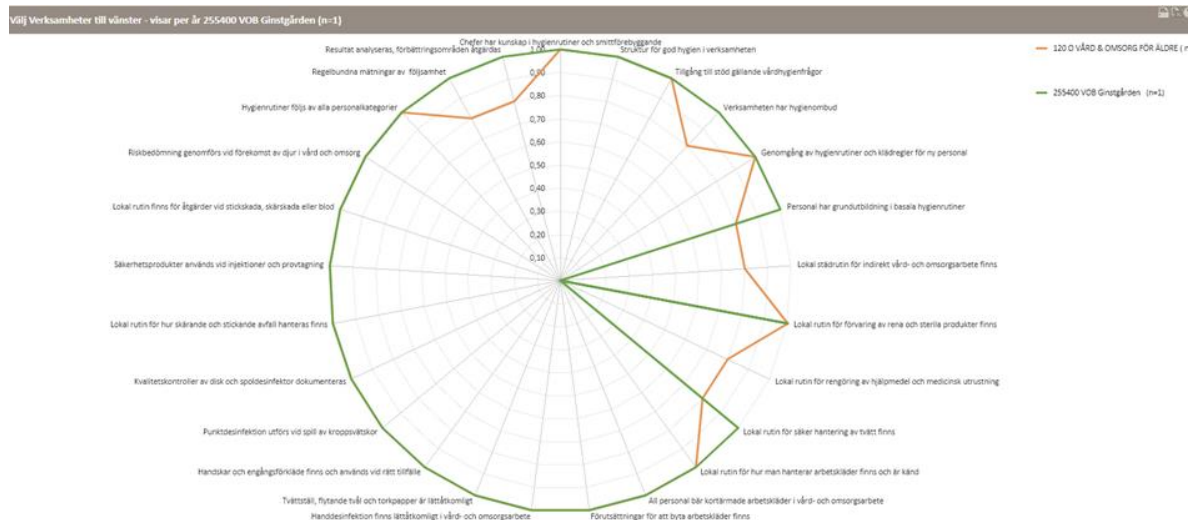
5.5 Punktprevalensmätning (PPM)

Resultaten från punktprevalensmätningen och egenkontrollerna visar sammanlagt en hög följsamhet till basala hygienrutiner i verksamheten. Medarbetarna arbetar i stor utsträckning enligt gällande riktlinjer, vilket speglas i både mätresultat och förbättrad hygienisk standard.

Den traditionella egenkontrollen av basala hygienrutiner visar en tydlig förbättring över tid. Under 2024 och 2025 har verksamheten bedrivit ett aktivt förbättringsarbete genom återkommande genomgångar av basala hygienrutiner, ökad medvetenhet om vikten av att påminna varandra samt gemensamma reflektioner i arbetsgrupperna. Dessa insatser har haft en positiv effekt på följsamheten.

Egenkontrollen av vård- och omsorgshygien visar överlag goda resultat inom samtliga områden. Ett något lägre resultat noterades inom området "rutiner finns", vilket kunde härledas till bristande kännedom om befintliga städrutiner för sjuksköterskornas lokaler.

Mätningen inom vårdhygien identifierade två utvecklingsområden att implementera skriftlig städrutin för indirekt vård- och omsorgsarbete samt implementera skriftlig rutin för rengöring av hjälpmedel och medicintekniska produkter. Dessa brister har åtgärdats genom att rutiner har tagits fram, fastställts och gjorts tillgängliga för samtliga medarbetare.



6. Avvikelser

6.1. Totalt antal avvikelser

Det är en minskning av antalet avvikelse under 2025 än året innan. Det visar på att förebyggande arbetet och teamarbetet gett resultat. Det är en avvikelsetyp som har ökat och det är antal fall. Övriga avvikelsetyper har minskat. En orsak till att antalet har minskat är att vi hanterade alla osignerade HSL insatser under hösten 2024.

Ginstgårdens höga antal med inrapporterade avvikelser visar på en kultur att personalen gör avvikelser och verksamheten fångar det som händer innan det hinner bli allvarligt. 211 avvikelser är gjorda under året. Av dess är det tre avvikelser som är gjorda av arbetsterapeut och fysioterapeut i Alingsås kommun och de avvikelserna är gjorda i kommunens DF respons. Dessa avvikelser handlade om att personal använt en andra boendes lyftmattor samt att en dyna låg fel i en rullstol. Efter dessa avvikelser har vi haft utbildning i förflyttningsteknik. Under utbildningen så pratade arbetsterapeuterna om hur vi hanterar lyftmattor. Det är viktigt att även kommunens personal uppmärksammar fel och gör avvikelser, så att vi har möjlighet till att bli bättre.

6.2. Redovisning utifrån avvikelsetyp

Fallavvikelserna har ökat under året. Målgruppen på Ginstgården har ofta en problematik som gör att fall är vanligt förekommande. Det är svårt för personalen att alltid kunna stötta boende som går själv. Vi arbetar hela tiden preventivt med att hitta individ anpassade åtgärder. Fallavvikelser tas upp på våra tvärprofessionella temamöten. Vi har även en dialog med fysio- och arbetsterapeuter i Alingsås kommun för att få med alla professioners kompetens. Vid inflyttning för ny boende tas det upp vad som kan vara bra att tänka på när de möblerar lägenheten och checklistan för ny boende görs, men vi arbetar även aktivt med olika hjälpmedel och strategier för att undvika fall.

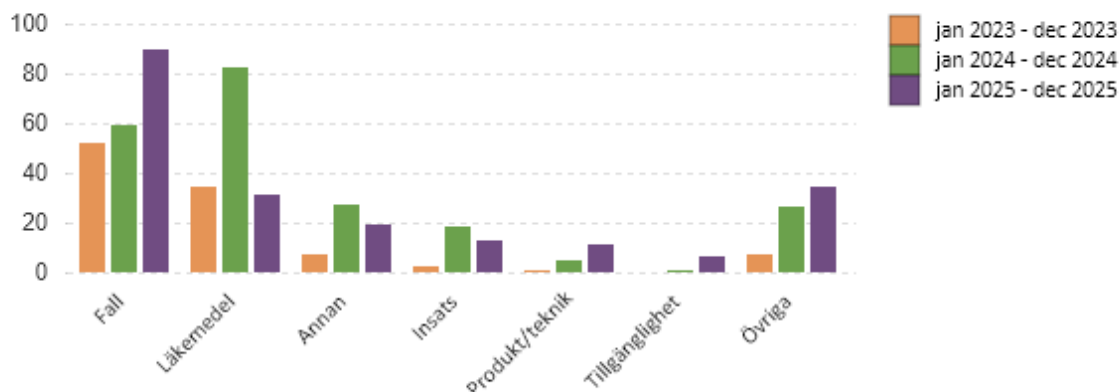
Målgruppen på Ginstgården har ofta en problematik som gör att fall är vanligt förekommande. Vi arbetar preventivt redan vid inflyttning med olika hjälpmedel och strategier för att förhindra fall. Fall diskuteras återkommande även på våra tvärprofessionella teammöten.

Läkemedels avvikelser har minskat under året en anledning kan vara att personalen kommit in i den digitala signeringen, men också att de har en bra översikt i journalsystemet på de HSL insatser som skall göras under dygnet.

Ginstgården har haft fler boende under året som är utåtagerande än hur det var året innan detta kan bidra till att övriga avvikelser har ökat.

Produkter/teknik har ökat under detta år och det beror blanda annat på att journalsystemet har fungerat som det bör eller att OTP kort inte har fungerat.

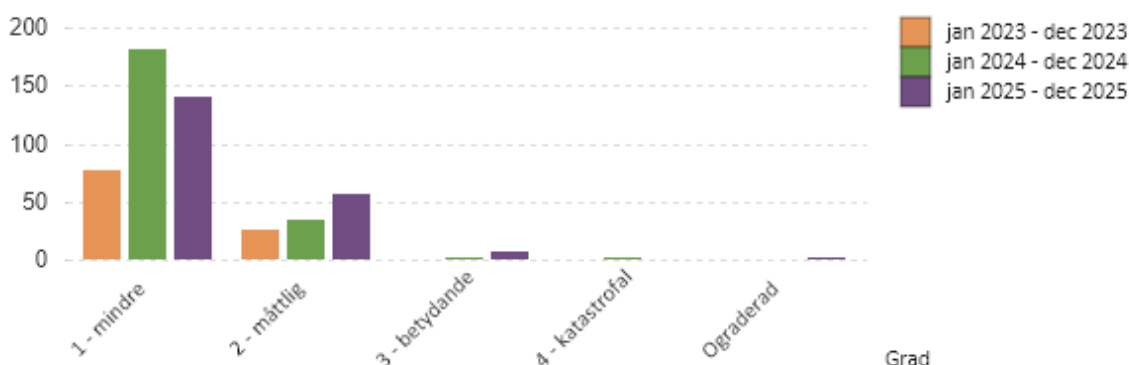
Antal avvikelser per typ



6.3. Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)

De som är klassificerade med 3 och 4 är det två avvikelser som är utredda som Lex Maria och en som Lex Sarah. Den avvikelser som är kvar är klassificerad som 3 och handlade om bristande dokumentation.

Allvarlighetsgrad (antal)

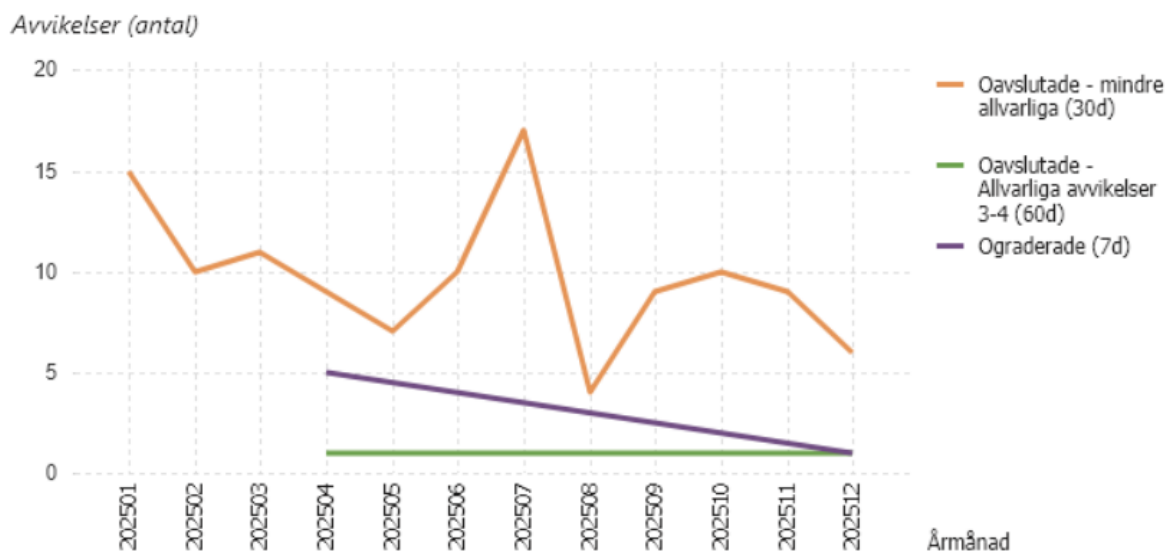


6.4. Avslutade utredningar

Avvikelser utreds tillsammans med personal, sjuksköterska, samordnare och verksamhetschef. Sedan vilka professioner som är med beror på vad avvikelserna gäller. Vanligtvis är sjuksköterskan med i fallavvikelser. Vid fallavvikelser har vi även till hjälp som stöd ett antal frågor som MAR vill att vi svara på. Avvikelserna avslutas när de är klara. Finns det ett mönster, så tar dessa upp på arbetsplatsträffar i lärande syfte.

6.5. Utredningstid

Utredningstiden varierar för de flesta avvikelser ser utredningstiden bra ut. I vissa fall förlängs utredningstiden på grund av att fler personal är berörda samt att under semesterperioden, så avlöser verksamhetschefen och samordnaren varandra under semesterperioden. Det innebär att vi är en mindre person som kan utreda.

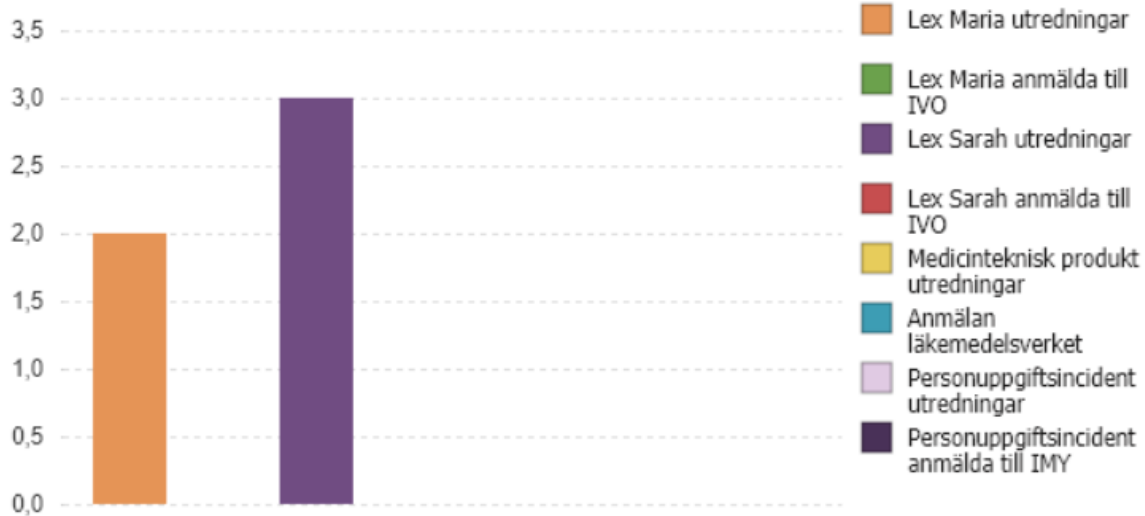


6.6. Missförhållanden (lex Sarah)

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.

Under året har tre lex Sarah-utredningar genomförts. Dessa avsåg händelser där en boende dragit ur sladden till sitt larm och därefter ramlat, brister i bemötande samt att personal sovit under arbetstid. Samtliga händelser har utretts av SAS i samverkan med verksamhetschef. I utredningarna bedömdes att ett missförhållande hade inträffat i ett ärende, att det förelåg en påtaglig risk för missförhållande i ett annat ärende samt att en av de rapporterade händelserna inte utgjorde ett missförhållande. Förbättringsåtgärder har vidtagits i syfte att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Dessa åtgärder har även följts upp och kommunicerats på arbetsplatsträffar. Under hösten deltog SAS vid en arbetsplatsträff och informerade om lex Sarah-utredningarna samt om åtgärder och arbetssätt för att stärka ett kvalitetssäkrat arbete.

Antal avvikelser per utredningstyp (senaste rullande 12-månaderna)



6.7. Vårdskada (lex Maria)

Risk för eller inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen i systemet DF respons. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschef en internutredning som vid risk för eller inträffad vårdskada anmäls till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Informationen om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

Under året har vi utrett två allvarliga fallavvikelser. MAR har utrett dessa utredningar med hjälp av verksamhetschef. Ingen av dessa utredningar anmäldes som vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Vi har gjort förbättringsåtgärder för att förebygga för att liknande händelser inte skall inträffa igen och tagit upp fallavvikelserna på arbetsplatsträffar.

Antal avvikelser per utredningstyp (senaste rullande 12-månaderna)

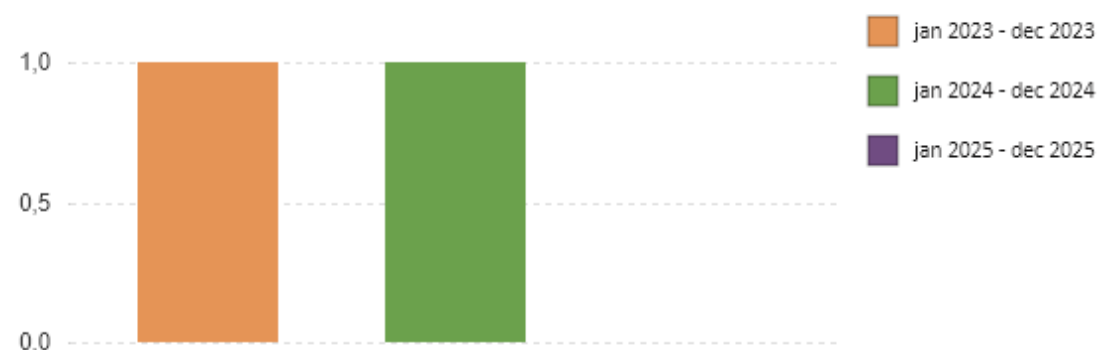


7. Synpunkter och klagomål

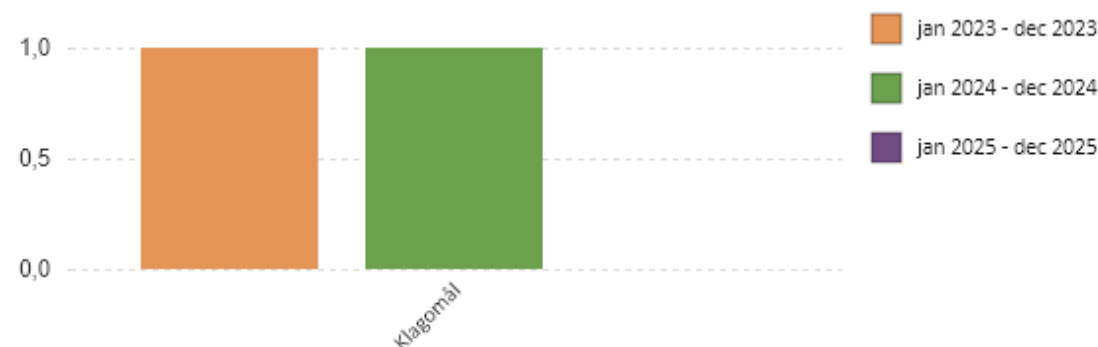
Under 2025 har det inte kommit in några synpunkter i DF respons. Oftast kommer anhöriga och pratar med samordnare, sjuksköterska eller verksamhetschef om de inte är nöjda. Vid dessa tillfällen är det svårt att säga kan du istället lämna in en synpunkt. Under året när anhöriga haft muntliga synpunkter har det handlat om aktiviteter, boendes kläder eller andra saker som saknas i den enskildes lägenhet.

Och som förra året har vi lågt resultat i brukarundersökningen på om boende och anhöriga vet vart de skall vända sig för att lämna synpunkter. Vid inflyttning, så får anhöriga information om var de kan lämna sina synpunkter.

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



8. Riskanalyser

Vi arbetar systematiskt med riskanalyser på olika nivåer för att tidigt identifiera, bedöma och förebygga risker som kan påverka tryggheten och säkerheten för dem vi finns till för. Syftet är att förebygga allvarliga händelser och skapa förutsättningar för en trygg och säker vård och omsorg.

Övergripande riskanalyser på verksamhetsnivå görs inom drift vård- och omsorg för äldre tillsammans med områdeschef och verksamhetschef. Riskbedömning och genomgång av

rutin sker varje vecka och vid behov. I år på övergripande nivå har vi arbetat med till exempel krisberedskap, hot och våld hos boende och boende avviker.

På individnivå använder vi till exempel Senior alert som sjuksköterskan gör ihop med teamet i anslutning när ny boende flyttar in, men vi använder även BPSD. Vi gör också riskbedömningar för att exempelvis förebygga att någon oavsiktligt avviker eller bedömning av skyddsåtgärder vid behov. Vi använder handlingsplanen i journalsystemet vid skyddsåtgärder. Dessa riskbedömningar görs av verksamhetschef tillsammans med teamet.

9. Identifierade förbättringsområden 2026

Förbättringsområde	Aktivitet (vad ska göras)	Tidsplan (när ska det göras)	Uppföljning (när och ansvarig)
Diakoni i praktiken	Starta upp projekt palliativ vård utifrån metoden de 6 S:en	Uppstart under 2026	Verksamhetschef december 2026
Diakoni i praktiken	Minska upplevelsen av ensamhet	1 personal deltar i ett pågående förbättringsarbete tillsammans med övriga verksamheter inom området ofrivillig ensamhet där en utsedd processledare leder teamet framåt.	Verksamhetschef december 2026
Tillit och lärande	God följsamhet i att registrera i svenska palliativa registret.	Kontinuerligt	Egenkontroll månadsvis av ansvarig verksamhetschef
Stolta och engagerad medarbetare	Utbildning/reflektion kring filmerna Nöd och Lust för all personal (anhörigperspektivet)	Uppstart januari 2026	Verksamhetschef Samordnare mars 2026

