

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

## [Ruths Hemtjänst]

---

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse  
Datum: 2026-01-26

Gäller för: Ruths hemtjänst  
Dokumentansvarig: Åsa Norberg

# Innehåll

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

# 1. Sammanfattning

*Sammanfatta de viktigaste resultaten i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.*

Under året har verksamheten bedrivit ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med fokus på trygghet, delaktighet och kontinuerlig förbättring. Arbetet har gett positiva resultat inom flera områden.

Ökad kompetens och professionalitet:

Andelen utbildade undersköterskor har ökat och målet om 100% utbildad personal har uppnåtts med 93,3%. Detta har stärkt kvaliteten i utförandet och bidragit till en mer kunskapsbaserad och trygg omsorg.

Förbättrad dokumentation:

Genom egenkontroller, utbildning och handledning har kvaliteten på social handledning och kvaliteten på social dokumentation förbättrats. Dokumentationen är nu mer enhetlig och tydligare kopplad till våra kunders individuella behov och mål.

Utvecklat ledarskap och medarbetarskap:

Fokus på ledarskap och delaktighet har lett till ökad trivsel, bättre kommunikation och en mer engagerad personalgrupp. Reflektion och lärande har blivit en naturlig del av arbetet.

Stärkt risk- och avvikelshantering:

Arbetet med riskanalyser och avvikelshantering har fördjupats. Analys av fall, läkemedelshändelser och dokumentationsavvikelser har lett till konkreta förbättringsåtgärder. En positiv trend syns i minskat antal upprepade händelser och ökad rapporteringskvalitet.

Trygg och säker vård:

Punktprevalensmätningar (PPM) inom basal hygien och klädregler visar god följsamhet, vilket bidrar till minskad risk för vårdrelaterade infektioner. Arbetet med kvalitetsregistren Senior alert och BPSD har fortsatt att utvecklas och används aktivt i det förebyggande arbetet.

Kundperspektivet i fokus:

Kundundersökningar och inkomna synpunkter visar överlag goda resultat vad gäller bemötande, trygghet och delaktighet. Förbättringsområden har identifierats, vilket kommer prioriteras kommande år.

Sammantaget visar årets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete att vår verksamhet präglas av engagemang, kompetens och systematik. Genom kontinuerlig uppföljning, delaktiga medarbetare och fokus på lärande står vår verksamhet väl rustad för att fortsätta utvecklas mot ännu högre kvalitet och säkerhet under kommande år.

## 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

*Beskrivning av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och ledningssystem. Vid behov, lägg till fler underrubriker.*

Utgångspunkten för vårt kvalitetsarbete är socialtjänsten samt hälso- och sjukvårdslagen med särskilt fokus på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 2.

Verksamhetens kvalitetsledningssystem är det främsta verktyg vi använder för att garantera en ändamålsenlig och lagenlig vård och omsorg för våra kunder. Kundens behov och önskemål är alltid vårt främsta fokus. Kvalitet genereras när verksamheten uppnår krav, tillfredsställer behov och infriar förväntningar. Det systematiska kvalitetsledningssystemet används också för att kontrollera att vår verksamhet lever upp till kvalitetskrav och fastställda mål samt som ett verktyg som kan förebygga och korrigera potentiella eller faktiska brister. Med stöd av ledningssystemet kan vi kontinuerligt planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra vår verksamhet. Ledningssystemet kan också berätta för oss vem i organisationen som är ansvarig för att säkerställa olika delar i kvalitetsarbetet.

### 3.1. Organisation och ansvar

*Beskriv hur ansvaret för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är fördelat i verksamheten, enligt PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1.*

Verksamhetsansvarig: har huvudsakligen ansvar för kvalitetsfrågor, strategiska frågor, social dokumentation, uppföljningar, kontakt med bistånd, kunder och närstående.

Verksamhetschef: har huvudsakligen ansvar för ekonomi, personal, avtal och arbetsmiljö.

Enhetsledare 1: Kontakt med närstående, kunder, bistånd, sjuksköterska och rehab. Ansvarar för all teknik så som datorer, telefoni, hemsida. Deltar på möten med förvaltningen, rekrytering av personal i samråd med verksamhetschef, ansvarig för APT samt teamsamverkan i samråd med verksamhetschef. Ansvarig för utbildningar och delegeringar för personal.

Enhetsledare 2: Ansvarig för den dagliga schemaplaneringen för våra kunder. Ansvarig för fordon, cyklar och bilar. Ansvarig för arbetskläder och inköp av kontorsvaror och förbrukningsmaterial.

## 3.2. Identifierade förbättringsområden 2025

*Beskriv vilka utvecklingsområden som identifierades i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och hur verksamheten har arbetat med dessa.*

Utvecklingsområden som identifierades under 2024 har varit att arbeta med dokumentation enligt IBIC. Vidare att utveckla vårt ledarskap, få vår personal att stanna och utvecklas på arbetsplatsen samt att uppnå en verksamhet med 100% underskötskor.

Under 2025 har vi arbetat aktivt med flera viktiga utvecklingsområden för att stärka både kvaliteten i verksamheten och personalens kompetens.

Vi har arbetat med dokumentationen genom att vi på arbetsplatsen har haft en dokumentationsansvarig tillgänglig för personalen samt vi har haft dokumentation som en stående punkt på våra APT. Samtlig personal har regelbundet genomfört webbutbildning för social dokumentation.

Vi har haft ett tydligt fokus på att förbättra dokumentationen i det dagliga arbetet. Målet har varit att säkerställa att alla medarbetare dokumenterar på ett enhetligt, korrekt och tydligt sätt. Genom utbildning, handledning och uppföljning har kvaliteten höjts på dokumentationen och skapat bättre förutsättningar för en trygg och rättssäker vård.

Ledarskapet har varit ett prioriterat område där vi arbetat med att säkra kommunikationen, tydliggöra ansvarsfördelning och skapa ett mer delaktigt arbetsklimat. Genom regelbundna ledarträffar och reflektionstillfällen har vi utvecklat ett mer coachande och stödjande ledarskap som bidrar till engagemang och delaktighet i hela personalgruppen.

Vi har uppmuntrat alla medarbetare att ta aktivt del i sin egen kompetensutveckling. Detta har bland annat skett genom interna utbildningar, mentorskap och kollegialt lärande. Syftet har varit att varje medarbetare ska känna sig trygg i sin roll och ha möjlighet att växa inom verksamheten.

Ett av årets viktigaste mål har varit att alla i personalgruppen ska vara utbildade undersköterskor. Under 2025 har vi arbetat målmedvetet för att nå detta mål, och vi är stolta över att nu ha en utbildad personalstyrka på 93,3%. Detta stärker verksamhetens kompetens och kvalitet, och bidrar till en ännu bättre vård och omsorg för våra kunder.

## 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

Under året har vi arbetat aktivt för att stärka våra kunder självbestämmande och integritet. Vi uppmuntrar delaktighet i det dagliga livet och strävar efter att alltid utgå från individens önskemål, behov och förutsättningar. Personalens arbetssätt har utvecklats med fokus på respekt, lyhördhet och bemötande, vilket skapar en mer personcentrerad vård och omsorg.

### 4.2. Helhetssyn och samordning

Vi arbetar tvärprofessionellt och strävar efter att se hela människan – fysiskt, psykiskt och socialt. Genom god samverkan mellan olika yrkesgrupper och nära kontakt med anhöriga samt externa aktörer har vi skapat bättre helhet i vår verksamhet. Uppföljningsmöten och samordnade möten har bidragit till att insatserna anpassas efter varje individs behov.

### 4.3. Trygghet och säkerhet

Trygghet för våra kunder är en central del i vår verksamhet. Vi arbetar förebyggande med riskbedömningar, avvikelser och förbättringsarbete för att skapa en säker miljö för våra kunder och anställda. Regelbunden kompetensutveckling inom områden som bemötande, läkemedelshantering och fallprevention har bidragit till en trygg och stabil omsorg för våra kunder på Ruths hemtjänst.

### 4.4. Kunskapsbaserad verksamhet

Vi utgår från aktuell forskning, beprövad erfarenhet och gällande riktlinjer i vårt arbete. Under året har vi fortsatt att utveckla personalens kompetens genom utbildningar, handledning och reflektion. Satsningen på att nå 100% utbildade undersköterskor har stärkt vår kunskapsbas och kvaliteten i det dagliga arbetet.

### 4.5. Tillgänglighet

Vi strävar efter att vara tillgängliga för både kunder och anhöriga. Genom förbättrad kommunikation och tydligare rutiner för kontakt och uppföljning har vi ökat tillgängligheten

och skapat bättre kontinuitet inom verksamheten.

## **4.6. Säker vård och omsorg**

Arbetet med säker vård och omsorg har präglats av ett systematiskt förbättringsarbete. Vi följer upp avvikelser, genomför egenkontroller och arbetar förebyggande för att minimera risker. Vårt fokus har varit att skapa rutiner som bidrar till trygghet, säkerhet och kvalitet i alla led.

### **4.6.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

För att förebygga vårdskador har vi haft ett nära samarbete med legitimerad personal, vårdcentraler och andra vårdaktörer. Genom gemensam planering och regelbunden uppföljning av riskområden, såsom fall, undernäring och läkemedelshantering arbetar vi proaktivt för att förhindra skador och främja hälsa och välmående.



## 5. Egenkontroll

### 5.1. Verksamhetens arbete med egenkontroll

*Beskriv hur verksamhetens arbete med egenkontroller har bedrivits under året. Vilka egenkontroller har genomförts? Vilka resultat har dessa visat och vilka åtgärder har verksamheten vidtagit utifrån genomförda egenkontroller? Lägg gärna till egna underrubriker.*

En intern kontroll av den egna verksamheten genomförs vid minst ett tillfälle varje år. Omfattningen av denna avgörs av hur väl verksamheten lyckas säkerställa kvaliteten. Vid egenkontroll kan följande ingå:

- Granskning av hur verksamheten lever upp till lagstyrda processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.
- Utvärdering av verksamhetsspecifika rutiner genom inhämtande av synpunkter från medarbetare kunder.
- Granskning av journaler akter och annan dokumentation.

Under året har vi arbetat systematiskt med egenkontroll för att säkerställa att verksamheten uppfyller krav på god kvalitet, trygghet och säker vård. Genom regelbundna uppföljningar, observationer och intern granskning har vi identifierat förbättringsområden och vidtagit åtgärder för utveckling. Egenkontrollen har även bidragit till ökad delaktighet bland medarbetarna och en gemensam förståelse för kvalitetsarbetet i vardagen.

### 5.2. Egenkontroll av social dokumentation

*Beskriv verksamhetens resultat från senaste dokumentationsgranskningen. Vilka åtgärder planerades att vidtas utifrån upprättad handlingsplan? Vilka åtgärder har vidtagits?*

Vi har genomfört återkommande egenkontroller av den sociala dokumentationen för att säkerställa att den är korrekt, uppdaterad och följer gällande riktlinjer. Fokus har legat på att dokumentationen ska spegla den enskildes behov, mål och genomförda insatser. Genom handledning och utbildning har personalen fått ökad kunskap om vikten av tydlig, personcentrerad dokumentation.

### 5.3. Brukarundersökning

*Beskriv verksamhetens resultat utifrån Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Vilka åtgärder planeras att vidtas utifrån resultatet?*

Brukarundersökningen genomfördes under året och resultaten visar över lag goda omdömen gällande trygghet, bemötande och delaktighet. De områden som fått förbättringsförslag har tagits tillvara i verksamhetens förbättringsarbete. Resultaten används

som underlag för planering av kommande utvecklingsinsatser och för att säkra kvaliteten ur kundens perspektiv.

## 5.4. Nationella kvalitetsregister

*Beskriv hur arbetet med och samverkan kring nationella kvalitetsregister har bedrivits under året. Exempelvis Senior Alert, BPSD-registret, palliativregistret.*

Vår verksamhet deltar i de nationella kvalitetsregistren Senior alert och BPSD. Arbetet med dessa register bidrar till att identifiera risker, planera förebyggande åtgärder och följa upp resultat på individ- och verksamhetsnivå. Under året har fokus legat på att öka användningen av registren i det dagliga arbetet samt säkerställa att riskbedömningar och åtgärdsplaner följs upp kontinuerligt.

## 5.5. Punktprevalensmätning (PPM)

*Beskriv genomförande och resultat av genomförda PPM-mätningar kopplat till basala hygienrutiner och klädregler.*

Under året har verksamheten deltagit i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Syftet med mätningen är att säkerställa att all personal följer hygienföreskrifterna för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Resultatet från årets mätning visar god följsamhet, men förbättringsområden har identifierats inom exempelvis handdesinfektion vid vissa arbetsmoment och användning av kortärmad arbetskläder. Utifrån resultaten har vi genomfört riktade insatser, såsom påminnelser i personalgruppen, utbildning och praktisk handledning i hygienrutiner.

Ett kontinuerligt fokus på hygien och klädregler är en viktig del av vårt arbete för att upprätthålla en säker vård- och omsorgsmiljö, och PPM fungerar som ett värdefullt verktyg i vårt systematiska kvalitetsarbete.

## 6. Avvikelser

### 6.1. Totalt antal avvikelser

*Redovisning och analys av totalt antal registrerade avvikelser under perioden 2025-01-01 – 2025-12-31.*

Under 2025 har 99 avvikelser sammantaget registrerats. Vilka har kategoriserats enligt följande:

Fall: 59

Läkemedel: 19

Dokumentation: 12

Utförande av insatser: 9

### 6.2. Redovisning utifrån avvikelseyp

*Redovisning och analys utifrån de olika avvikelsekategorierna (fall, läkemedelshändelse, utförande av insats/åtgärd, handläggning (myndighet), samverkan, dokumentation, händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmiddel, hot och våld, bemötande, stöld.*

*Vilka mönster och trender kan ses över tid?*

Under året har verksamheten arbetat aktivt med att följa upp, analysera och åtgärda inkomna avvikelser. Syftet är att förebygga risker, öka säkerheten och stärka kvaliteten i vår verksamhet. Genom regelbunden avvikelshantering har vi kunnat identifiera mönster och trender över tid samt vidta förebyggande åtgärder.

Fall:

Fallhändelser utgör den största andelen av inkomna avvikelser. Analysen visar att de flesta fall sker i samband med förflyttning och toalettbesök. Mönstret har varit relativt stabilt över tid, men en minskning kan ses under årets senare del tack vare ett förstärkt fokus på förebyggande åtgärder såsom riskbedömningar i Senior Alert, ökad användning av hjälpmedel och förbättrad belysning i boendemiljön. Fallprevention har fortsatt varit ett prioriterat område med regelbunden uppföljning.

Läkemedelshändelser:

Avvikelser gällande läkemedel har främst handlat om utebliven signering, felaktig tidpunkt för administrering eller missförstånd vid dosering. Läkemedelsavvikelserna har kunnat hanteras utan att det påverkat på den enskildes hälsa. Trenden visar en minskning av avvikelser senare i år, jämfört med tidigare i år, vilket kan kopplas till ökad medvetenhet, förbättrade rutiner och återkommande utbildning i läkemedelshantering.

Dokumentation:

Avvikelser inom dokumentation har ofta rört sig om utebliven dokumentation. Genom utbildning i social dokumentation har kvaliteten förbättrats med året. Mönstret visar en positiv utveckling mot mer enhetlig och personcentrerad dokumentation, men fortsatt fokus krävs för att säkerställa att all information dokumenteras i realtid.

Utförda insatser:

Avvikelser gällande utförda insatser har främst handlat om att de planerade insatserna inte har utförts vid rätt tidpunkt. Förbättringsinsatsen har därför riktats mot tydliga rutiner och daglig genomgång i personalgruppen.

Mönstret och trender över året som har varit är att antalet avvikelser har legat på en stabil nivå, men att kvaliteten på rapporteringen har ökat – fler avvikelser skrivs med tydligare beskrivningar och analys, vilket stärker det förebyggande arbetet. En tydlig trend är att avvikelser används mer aktivt som lärande verktyg i verksamheten. Fall och läkemedelshändelser är fortsatt de vanligaste kategorierna, men utvecklingen visar förbättring tack vare ökad riskmedvetenhet, utbildning och strukturerad uppföljning.

### **6.3. Allvarliga händelser (klassificering 3 eller 4)**

*Beskriv andelen avvikelser som klassificerats som allvarliga (klassificering 3 eller 4)*

Allvarliga händelser, 1 av 94 st.

### **6.4. Avslutade utredningar**

*Beskriv andelen utredda avvikelser under perioden 2025-01-01 – 2025-12-31.*

Samtliga 94 avvikelser är utredda.

### **6.5. Missförhållanden (lex Sarah)**

*Beskriv antal rapporterade, utredda och anmälda missförhållanden enligt lex Sarah under perioden 2025-01-01 – 2025-12-31.*

Inga lex Sarah-anmälningar har gjorts under året.

### **6.6. Vårdskada (lex Maria)**

*Beskriv antal rapporterade, utredda och anmälda vårdskador enligt lex Maria under perioden 2025-01-01 – 2025-12-31.*

Inga lex Maria-anmälningar har gjorts under året.

## 7. Synpunkter och klagomål

*Beskriv antalet, vem/vilka som inkommit med, samt vad synpunkterna och klagomålen handlar om.*

Tider och kontinuitet, exempelvis upplevelser av varierande tider för planerade besök eller många olika personal.

Utförande av insatser, exempelvis klagomål där brukare upplevt att en insats inte utförts enligt överenskommelse eller att kvaliteten varierat.

De flesta synpunkter har inkommit muntligt direkt till personal eller enhetsledare medan några har kommit in via e-post. Inga synpunkter eller klagomål har inkommit via kommunens synpunkt och klagomålshantering.

Analys av inkommande klagomål visar att de i huvudsak rör enstaka händelser och inte återkommande mönster. Dock har återkopplingen använts som underlag för förbättringsinsatser, särskilt inom områdena kontinuitet och tydlighet i information till kunder.

Verksamheten ser positivt på att synpunkter och klagomål lyfts fram, då de bidrar till lärande och till att förbättra kvaliteten inom vår verksamhet. Arbetet med att uppmuntra våra kunder och anhöriga att framföra sina synpunkter fortsätter, med fokus på öppenhet, tillgänglighet och förbättrad återkoppling.

## 8. Riskanalyser

*Beskriv hur verksamhetens riskförebyggande arbete har bedrivits under året. Har det genomförts riskanalyser kopplat till förändringar i verksamheten? Hur har brukarperspektivet omhändertagits? Har riskanalyser med tillhörande åtgärdsplaner dokumenterats?*

Under året har verksamheten arbetat systematiskt med riskförebyggande insatser för att identifiera, bedöma och minska risker som kan påverka kvaliteten, säkerheten och tryggheten för våra kunder. Arbetet har bedrivits både löpande i det dagliga arbetet och i samband med planerade förändringar i verksamheten.

Riskförebyggande arbete

Riskbedömningar har genomförts regelbundet inom områden som fall, undernäring, trycksår och munhälsa genom de nationella kvalitetsregistren. Personalen har kontinuerligt arbetat med att förebygga risker i det dagliga arbetet, bland annat genom observation, dokumentation och samverkan med legitimerad personal. Vid förändringar i kundens hälsotillstånd har riskbedömningar uppdaterats och åtgärder anpassats efter aktuella behov.

Riskanalyser vid förändringar i verksamheten

I samband med förändringar i verksamheten – såsom personalförändringar, nya arbetssätt eller förändrade rutiner – har särskilda riskanalyser genomförts. Dessa har syftat till att förutse eventuella konsekvenser för både kunder och personal, samt säkerställa att övergångar sker på ett tryggt och kontrollerat sätt.

### Brukarperspektiv

Brukarperspektivet har omhändertagits genom dialog med brukare och anhöriga, där deras upplevelser och synpunkter har varit en viktig del av riskbedömningen. Genom att ta hänsyn till individuella behov och önskemål har vi kunnat planera insatser som stärker tryggheten och delaktigheten för den enskilde.

### Dokumentation och uppföljning

Genomförda riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner har dokumenterats i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Uppföljningar har skett vid arbetsplatsträffar och kvalitetsmöten, där resultaten har analyserats och eventuella förbättringsåtgärder beslutats. Detta har bidragit till ett mer strukturerat och lärande arbetssätt kring riskhantering.

Sammanfattningsvis visar årets arbete att riskanalyserna har blivit ett naturligt och integrerat verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet, vilket stärker både säkerheten och kvaliteten i vår verksamhet.

## 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.

*Förslagsvis kan nedan tabell kan användas:*

Förbättringsområde	Aktivitet (vad ska göras)	Tidsplan (när ska det göras)	Uppföljning (när och ansvarig)
Dokumentation	Webbutbildningar	2026	Våren 2026 Ansvarig: Verksamhetsansvarig tillsammans med Enhetsledare 1
Genomförandeplaner	Alla ska bli gjorda	2026	Våren 2026 Ansvarig: Verksamhetsansvarig tillsammans med Enhetsledare 1
Kompetensutveckling	Utbildning för all personal inom olika områden	2026	Våren 2026 Ansvarig: Verksamhetsansvarig tillsammans med Enhetsledare 1
Uppföljningar	Uppföljning av genomförandeplan	2026	Våren 2026 Ansvarig: Verksamhetsansvarig tillsammans med Enhetsledare 1
Avvikelser	Bli bättre och göra avvikelser på rätt sätt och vid alla tillfällen	2026	Våren 2026 Ansvarig: Verksamhetsansvarig tillsammans med Enhetsledare 1

I November blev verksamhetsansvarig kontaktad av Alingsås Tidning gällande Socialstyrelsens brukarenkät, "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" I vilken Ruths hemtjänst hade fått goda omdömen och högst betyg enligt Alingsås äldre. Alingsås Tidning följde med Ruths hemtjänst under en arbetsdag och träffade och intervjuade två av våra kunder. Utmärkelsen betyder mycket för Ruths hemtjänst och dess medarbetare och den positiva känslan tar vi med oss in i 2026 med nya utmaningar.