



*Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse  
2022*

# Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2022

Bräcke hemtjänst Alingsås

© Bräcke diakoni - februari 2023

## Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Inledning .....	6
3	Organisation och ansvar .....	6
3.1	Hemtjänst Alingsås.....	7
4	Strategier och fokusområden .....	8
4.1	Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i en föränderlig omvärld .....	8
4.2	Fokusområden .....	9
4.3	Samsyn och gemensam kunskapsutveckling .....	9
4.3.1	Bräcke forum.....	9
4.3.2	Patient- och brukarsäkerhetsråd.....	9
4.3.3	Förväntanssynk.....	9
4.4	Tillitsbaserad styrning .....	10
4.5	Hemtjänst Alingsås.....	11
5	Systematiskt förbättringsarbete .....	12
5.1	Hemtjänst Alingsås.....	13
6	Riskanalyser.....	13
6.1	Riskanalyser på verksamhets- och individnivå.....	14
6.2	Hemtjänst Alingsås.....	14
7	Egenkontroll.....	14
7.1	Kvalitetsdialog .....	14
7.2	Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås .....	15
7.2.1	Externa revisioner .....	15
7.2.2	Nationella och regionala undersökningar .....	16
7.2.3	Övriga lokala egenkontroller .....	16
8	Avvikelsehantering.....	17
8.1	Avvikelser .....	17
8.1.1	Lex Maria .....	17
8.1.2	Lex Sarah .....	17
8.1.3	Hemtjänst Alingsås .....	18
8.2	Klagomål och synpunkter.....	18
8.2.1	Hemtjänst Alingsås .....	19
9	Kunskap och kompetens .....	19
9.1	Hemtjänst Alingsås.....	19
10	Samskapande och samverkan.....	20
10.1	Samskapande med brukare/patienter och närstående.....	20
10.1.1	Hemtjänst Alingsås.....	20
10.2	Samverkan inom Bräcke diakoni.....	21
10.3	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare.....	21
10.3.1	Hemtjänst Alingsås.....	21
10.4	Samverkan med andra samhällsaktörer .....	22
10.4.1	Hemtjänst Alingsås.....	22
10.5	Forsknings-samverkan.....	22

11	Hållbarhet och miljö.....	24
12	Informationssäkerhet.....	26
13	Resultat för Hemtjänst Alingsås.....	27
13.1	Kvalitetsdialog.....	27
13.2	Avvikelser .....	28
13.2.1	Lex Maria .....	29
13.2.2	Lex Sarah .....	30
13.3	Synpunkter .....	30
13.4	Kvalitetsregister .....	31
13.4.1	Senior alert .....	31
13.5	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	31
13.6	Egenkontrollprogram .....	32
13.6.1	Egenkontroll Basal hygien .....	32
14	Hemtjänst Alingsås kvalitetsmål och strategier för det kommande året .....	33

## 1 Sammanfattning

2022 har varit ett år med mycket bra och mindre bra saker. Uppgångarna har verkligen varit antalet beställda timmar som visade sig att ligga på 3396 timmar senaste perioden (221220-230119) Alingsås kommun debiterades. Under hela hösten har timmarna stadigt ökat men sista perioden ökade timmarna rejält. Kundantalet har växt stadigt under året. Vi har under året kunnat rekrytera ny kompetent personal för dem som valt att sluta även om antal åa inte är i balans med kundtimmarna. Rekrytering kommer även under början av 2023 ha ett stort fokus. Anställda åa i årsskiftet var 27,96.

Arbetet har präglats även detta år med stort fokus på covid-19. När jag blickar tillbaka så har våra kunder klarat sig bra. En trolig orsak kan vara att personalgruppen har en god source kontroll och vet hur de skall använda munskydd, visir m.m hos kunderna och i grupplokalen. Vi har under året valt att ha kvar munskydd i grupplokalen förutom någon enstaka vecka. Däremot har upplevelsen varit att det varit stor frånvaro i personalgruppen. Vi har sett en tydlig ökning from september.

Vi har under hösten arbetat med och startat upp områdesindelning på våra kunder samt personal. Detta har varit ett första steg i det fortsatta arbetet att arbeta efter kraven på Fast omsorgskontakt. Både kunder och personal har upplevt att konituiten blivit bättre. Under våren 2023 kommer vi arbeta vidare med detta och att kunderna blir tilldelade och meddelade sina fasta omsorgskontakter. Samt att börja starta och uppdatera genomförandeplaner.

Hemtjänsten har haft med en representant på minnenascafé och vid dessa tillfällen har kunder varit. Samma personal har varit med på referensgrupperna. Vi har under året haft APT där vi har bjudit in vid vissa tillfällen någon intern eller extern som har pratat om ett specifikt ämne.

2023 blir ett år med fortsatt förbättningsarbete och få en balans mellan beställda timmar och personaltimmar.

## 2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som värden och omsorgen utvecklas eftersom det där finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetsätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Arbete med riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar grundstrukturen för detta förbättringsarbete. Utifrån av egna verksamheters och andra aktörers resultat och synpunkter görs såväl förebyggande riskhanteringsarbete som ett lärande och hantering av brister genom egenkontroll och avvikelser.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup> samt patientsäkerhetslag<sup>2</sup>, hälso- och sjukvårdslag (HSL)<sup>3</sup> och socialtjänstlag (SoL)<sup>4</sup> och Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet<sup>5</sup>. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns till för.

## 3 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn & Unga och LSS-boende, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>6</sup>, HSL, Skollagen<sup>7</sup> och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av direktor

---

<sup>1</sup> [SOSFS 2011:9](#)

<sup>2</sup> [SFS 2010:659](#)

<sup>3</sup> [SFS 2017:30](#)

<sup>4</sup> [SFS 2001:453](#)

<sup>5</sup> [Socialstyrelsen patientsäkerhet](#)

<sup>6</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>7</sup> [SFS 2010:800](#)

som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällesfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

### **3.1 Hemtjänst Alingsås**

Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i DF respons. På de APT vi har haft under året så har de avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga samt de åtgärder vi har kommit fram till. Diskussionerna på både APT och morgonmötena är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen för att sprida lärande. Under 2022 har vi kunnat starta upp teamsamverkan med PAS, rehab och all månadsanställd personal. Inför dessa möten sätts en ärendelista upp där personalen kan skriva upp vilka kunder man behöver ta upp. Personalens delaktighet är viktig här eftersom de har bäst kännedom om kunderna. Sedan sommaren har vi tre PASar som har hand om alla kunder inskrivna i hemsjukvården. Detta är en förbättring från tidigare, då vi hade kontakt med fyra olika sjuksköterskegrupper. Verksamhetschef har även haft fortsatta avstämningar med enhetscheferna för sjuksköterskorna i Alingsås kommun. Under dessa möten stämmer vi av hur samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård fungerar och diskuterar förbättringar.

Denna samverkan planeras att utvecklas vidare under 2023 för att arbeta med gemensamma förbättringar kring Nära vård. Kvalitetsombudet i arbetsgruppen har under året fokuserat på avvikelser. Utöver detta har vår MAS varit hos oss och pratat om avvikelser under ett APT. Vi har under reflektionstid pratat om våra läkemedelsavvikelser, om vår läkemedelsprocess och hur vi skall arbeta ute hos kunderna för att inte missa något vid läkemedelshanteringen. Vi har även pratat om detta på våra morgonmöten.

## **4 Strategier och fokusområden**

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov och styrs med hjälp av ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används som ett stöd i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv, gemensam databas med transparens inom hela stiftelsen och där data presenteras över tid, för att kunna följa och förstå variationen. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete med att genom analys, lärande och utveckling skapa tillförlitliga och säkra system, uppnå ställda krav och målsättningar och minska den oönskade variationen i våra processer och resultat. Transparensen främjar också en öppen kommunikation.

Sedan 2019 har stiftelsen en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning. Gemensamt lärande och spridning av goda exempel är viktiga delar i detta arbete, liksom att säkra att relevant kompetens för verksamheten inte är beroende av enstaka medarbetare. Utvecklingsarbetet struktureras utifrån våra fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser. Strategin och den nya organisationsstrukturen har visat sig utgöra en bra grund när senaste årens krissituationer i världen ständigt utmanat vår flexibilitet.

### **4.1 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i en föränderlig omvärld**

Under coronapandemin lärde vi oss att snabbt ställa om och möta nya utmaningar i samhället utan att riskera vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vi utvecklade vår interna samverkan mellan ledning, verksamheter och stödfunktioner, skapade effektiva strukturer för att inhämta ny kunskap och implementera densamma och förfinade hur vi arbetar systematiskt med riskanalys och uppföljning. Dessa rutiner och arbetssätt har vi fortsatt nytta av.

2022 har präglats av nya kriser i form av krig, hot om elbrist och stigande inflation och nu fortsätter vi utveckla våra arbetssätt och processer när vi på nytt ställer om för att ta oss igenom en ännu kris.



## 4.2 Fokusområden

Bräcke diakonis strategiska utvecklingsarbete styrs utifrån fyra fokusområden: Diakoni i praktiken, Tillit och lärande, Stolta och engagerade medarbetare och Ansvar för gemensamma resurser, där speciellt de tre första är tätt relaterade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. *Diakoni i praktiken* kopplar till det praktiska arbete som utförs för dem vi finns till för, utifrån deras behov. *Tillit och lärande* fokuserar på öppenhet, tillit och ett ständigt lärande och kunskapsutveckling. Vi vill ha *stolta och engagerade medarbetare* som är med och driver kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet framåt. Det är samtidigt viktigt att *ansvara för våra resurser* så att vi får ut högsta möjliga kvalitet ur det vi gör.

## 4.3 Samsyn och gemensam kunskapsutveckling

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

### 4.3.1 Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats som startade under pandemin och som leds av driftschefen. I forumet samlades under pandemin alla verksamhetschefer för information från ledningen och kvalitetsavdelningen, t.ex. MAS, MAR och utvecklingschef, för veckovis uppdatering kring covid-19 såsom smittspridning, nya rekommendationer och riktlinjer och lägesuppdatering i driftområdena. Varje möte avslutades med en frågestund. När pandemin under våren 2022 övergick till ett nytt, mindre akut, läge ändrades fokus till att varannan vecka vara ett forum för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt sprida information om aktuella nyheter och händelser inom stiftelsen.

### 4.3.2 Patient- och brukarsäkerhetsråd

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

### 4.3.3 Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetssätt att bryta stuprörsstrukturen och skapa samsyn. Olika grupper delar sina förväntningar på varandra och löser problem ihop utifrån olika områden, exempelvis har driftledningen och de olika stödfunktionerna förväntanssynk gällande ansvar och roller i olika tvärgående frågor. Förutom att minska risken för fel så har det också ökat samarbetet generellt inom stiftelsen.

#### **4.4 Tillitsbaserad styrning**

Bräcke diakoni arbetar mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Under 2022 har vi fortsatt utveckla arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 15). Sedan tidigare har varje verksamhet identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå. Under 2022 har fyra pilotverksamheter utvecklat en månadsuppföljning av kvalitetsmålen tillsammans med kvalitetsavdelningen, för att skapa ytterligare samsyn och utbyta kunskap. Kvalitetsavdelningen deltar även regelbundet i driftområdesledningsgrupper, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta relevanta frågor såsom, avvikelser, patient/brukarsäkerhet med alla chefer inom ett driftområde. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och lärande.

## 4.5 Hemtjänst Alingsås

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2022 på följande kvalitetsmål och strategier:

Fokus-område	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Öka kontinuiteten hos kunderna	Dela in geografiska områden efter hemsjukvårdens områden och om möjligt göra arbetsgrupper efter personalens önskemål.	VC, samordnare, medarbetare	Våren 2022	100
Diakoni i praktiken	Starta upp anhörigråd	När covid-19 är över, inventera intresset hos anhöriga och bjuda in en mindre grupp till träffar.	VC	2022-12-01	0
Diakoni i praktiken	Bra bemötande –100% i brukarundersökningen	Varje dag ta tillvara möten med våra kunder.	Samtliga i hemtjänst Alingsås	2022-12-01	100
Stolta och engagerade medarbetare	Nystart av Minnenas café och öka kundernas deltagande.	Ombudet för Minnenas café ska erbjuda kunder att följa med till caféet.	Ombud för Minnenas café	2022	100
Tillit och lärande	Introubildning till alla nyanställda	Anmäla de som inte fått gå förra året och de som är nyanställda i år.	VC	När tillfällen erbjuds 2022	0
Tillit och lärande	Öka andelen dokumenterade synpunkter	Dokumentera de synpunkter som kommer in i DF Respons.	VC/Kvalitetsombud	2022	25
Tillit och lärande	Refleksionsmöte onsdagar, minst 25 tillfällen under 2022	När det finns utrymme för det planera in refleksionsmöte på onsdagar.	VC och Samordnare	2022	25

Kontinuiteten har ökat jämfört med 2021, som ett resultat av att personal och boende nu är uppdelade efter geografiska områden. Arbetsgruppernas indelning har gjorts utefter personalens önskemål där det har varit möjligt, vilket det har varit i de allra flesta fall. Det har inte funnits möjlighet än att starta upp anhörigråd, covid-19 pandemin pågår fortfarande. I bemötandet har hemtjänst Alingsås glädjande nog återigen 100% nöjdhet utifrån brukarundersökningen. Minnenas café har åter startats upp och personalen erbjuder kunderna att följa med till caféet. Ny personal har under året inte gått Bräcke diakonis introduktionsutbildning, detta mål flyttas till 2023. Andelen inrapporterade synpunkter är fortfarande låg, detta mål förs över

till 2023. Reflektionsmöten har skett 6 gånger under 2022, eftersom de har behövt pausas under hösten. Målet förs över till 2023.

## 5 Systematiskt förbättringsarbete

Under de senaste åren, och under större delen av 2022, har vi använt två varianter av systematisk förbättringsarbetsmetodik; *Förbättringskraft* och *Resultatorienterad styrning (ROS)*.

**Förbättringskraft** är ett kombinerat kompetens- och utvecklingsprogram inom kvalitetsförbättring på verksamhetsnivå som Bräcke diakoni har arbetat med i över 10 år och som utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*<sup>8</sup>. Tvärprofessionella team arbetar med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem som verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever, deltagare eller gäster. Under programmet lär sig teamen att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni har deltagit och mer än 120 personer har kunskap om att leda förbättringsteam till mätbara förändringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi också ett nära forsknings-samarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

**ROS** utgår från samma principer och metoder som Förbättringskraft men är upplagd som stöd för ett kontinuerligt förbättringsarbete som utgår från tydliga, långsiktiga mål men även uppföljning av nyckeltal. Prioriterade förbättringsområden väljs utifrån potentiell effekt på måluppfyllnad och förbättrad kvalitet. Utifrån dessa förbättringsområden tas handlingsplaner fram för aktuell period. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllelse i förbättringsarbetet och avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period.

Under 2022 har dessa två koncept gifts ihop till en gemensam plattform för ständiga förbättringar under namnet *Förbättringskraft* med en gemensam struktur, verktygslåda och språkbruk. *Förbättringskraft* består av ett vardagsnära stöd för att genomföra förbättringar samt ge kompetensutveckling för förbättringsledare och medarbetare och drivs i teamform. Arbetet utgår från ett teamuppdrag som baseras på identifierade behov utifrån de fyra fokusområdena. Teamuppdragen är kopplade till varandra och genom hela organisationen i en röd tråd i syfte att klargöra ansvar och förhindra luckor/gap gällande ansvarsområden och risk för dubbelt ansvar inom något område. En handbok har tagits fram och åtta medarbetare har utbildats i en intern processledarutbildning. Processledarna leder teamens förbättringsprocess, något

---

<sup>8</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

som hittills främst har hanterats i av externa konsulter. Under slutet av 2022 har interna processledare tagit över fem pågående förbättringsteam på ledningsnivå och två förbättringsteam på verksamhetsnivå.

## 5.1 Hemtjänst Alingsås

Verksamheten har påbörjat arbetet för att alla kunder ska få en fast omsorgskontakt och även få en bättre kontinuitet. Fast omsorgskontakt har blivit ett vedertaget begrepp och vi pratar inte längre om kontaktperson. Förbättring av kontinuiteten har genomförts genom att personalen och kunderna numera är uppdelad i samma, mindre områden under vardagar dagtid. Detta har varit en positiv förändring och kunderna uttrycker att de märker att kontinuiteten blivit bättre. Personalen uppskattar även detta genom att de har bättre kännedom om sina kunders behov och har roligare. De förbättringar som vi genomfört har vi också kunnat mäta via schemaplaneringen i Carefox och i uppföljningen med kunderna. I brukarundersökningen har vi sedan glädjande nog, kunnat notera att kunderna uppgett att kontinuiteten har varit god. Under året har hemtjänsten haft ROS möten. Huvudområden har varit Personalförsörjning, Teamkänsla, Nyttja telefoner/IT. Exempel på förbättringsarbete är kontroll av bilar görs i mobilerna, verksamhetsuppföljningar med kontinuitet för kvalitet, ekonomi och statistik på personaltimmar och utförda timma med kontinuitet.

## 6 Riskanalyser

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden och ge en säker vård och omsorg. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen och riskmedvetenheten ökar.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar.

## 6.1 Riskanalyser på verksamhets- och individnivå

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med betendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Riskanalyserna kan leda till nya arbetssätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

## 6.2 Hemtjänst Alingsås

De risker som identifierats på verksamhetsnivå har analyserats och åtgärdats så långt det varit möjligt. Till exempel skapades det i samband med uppstarten av chef i beredskap, en pärm med rutiner kring oväntade händelser, exempelvis en prioriteringsordning vid personalbrist och rutin för om hemsjukvårdens telefon inte fungerar. Om MagnaCura slutar fungera finns en rutin för analog journalhantering. Riskbedömning på individnivå görs i varje kunds hem. Vi använder handlingsplanen i MagnaCura för exempelvis dörrlarm och riskfaktorer så som mattkanter kontrolleras. Så långt som möjligt ser vi samtidigt till kundens integritet och självbestämmande under vård i hemmet. I de fall kunden inte vill anpassa hemmiljön utifrån egna riskfaktorer i hemmet så genomförs generellt ingen anpassning men dokumentation sker i MagnaCura. Vi har också en ständig dialog med rehab om vad som kan göras vid förändrat behov hos kund. När det finns ett medicinövertag så används ett låsbart medicinskåp för att minimera risker.

## 7 Egenkontroll

### 7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra relevanta medarbetare från verksamheten.

Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samskapande och samverkan. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Genom sitt aktiva fokus på patientsäkerhet och mått på kvalitetsmognad överlappar den delvis säkerhetskulturtrappan A-E, vilket ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetskultur. Utöver skattningen fångas aktuella utvecklingsfrågor upp; under 2022 har det handlat om behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och elavbrott. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftområdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 1.



**Figur 1.** Kvalitetsårshjulet

## 7.2 Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala kontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. Egenkontroller i verksamheterna görs på tre olika sätt; extern revision, deltagande i regionala och nationella undersökningar och övriga lokala egenkontroller. Nedan följer en genomgång av vilka egenkontroller Hemtjänst Alingsås har genomfört. För resultat av egenkontrollerna, se kap 14.

### 7.2.1 Externa revisioner

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

Under året har Alingsås kommun begärt in Journalgranskning – egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation samt SoL dokumentation. Hemtjänstens förbättringsområde var att dokumentera i genomförandeplanen (gfpl) när och hur den skall följas upp samt hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av gfpl. Förbättringsarbetet har varit att markera de rubriker i gfpl mallen som är viktiga och gått igenom materialet på APT. Alingsås kommun har även bjudit in till dialogmöte angående Nära Vård och hemtjänsten har gjort en nulägesanalys som lämnats in till Alingsås kommun. Under 2023 är målet att förbättra arbetet med Senior Alert och vi har satt som mål att bjuda in Folk tandvården på utbildning av munhälsobedömning. Hemtjänsten har även blivit inbjuden till Patientsäkerhetsdialog md Alingsås kommun. I år var första året som hemtjänsten lämnade in en patientsäkerhetsberättelse utöver Bräcke diakonis egna mall.

### 7.2.2 Nationella och regionala undersökningar

Hemtjänst Alingsås har under 2022 deltagit i följande nationella eller regionala undersökningar.

Socialstyrelsen har skickat ut sin brukarundersökning och vi har tagit del av resultaten, se mer under 13.6.

### 7.2.3 Övriga lokala egenkontroller

På Hemtjänst Alingsås består den lokala egenkontrollen även av:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning	1 gång per år	MagnaCura
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gång per år	Egen mätning i Qlikview
Avvikelser	kontinuerligt	DF Respons/Avvikelsehanterings-systemet
Trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt blåsdysfunktion	2 gånger per år*	Senior Alert
Palliativ registret	Hanteras av PAS	Palliativ registret
BPSD	2 gånger per år*	BPSD, används vid bemötandeproblematik
Klagomål och synpunkter	2 gånger per år	DF Respons/avvikelsesystemet
Uppföljning av kvalitetskrav	1 gång per år	Kvalitetskrav under avtalsuppföljning
Uppföljning med kommunen	1 gång per år	Avtal samt förfrågningsunderlag
Brukarundersökning	1 gång per år	Socialstyrelsen
Enhetsundersökning	1 gång per år	Kolada förvaltas och utvecklas av RKA
Loggningsrutin för verksamhetssystem	på begäran av kommun	Genom MagnaCura
Trygghetslarm inloggning	1 gång per månad	TES
Nyckelkvittenser	2 gånger per år	signeringslistor



## 8 Avvikelsehantering

### 8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni 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 jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem. Under 2022 har även en månadsrapport med avvikelsestatistik tagits fram per verksamhet för att underlätta arbetet med kommunikation kring avvikelser, t.ex. på APT.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patient- och brukarsäkerheten.

#### 8.1.1 Lex Maria

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

#### 8.1.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför och vad vi behöver göra 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.

### 8.1.3 Hemtjänst Alingsås

På Hemtjänst Alingsås arbetar man, förutom enligt beskrivningen ovan, på följande sätt med att hantera avvikelser:

I verksamheten får alla medarbetare vid introduktionen information både muntligt och skriftligt hur vi arbetar med avvikelser. Fokus läggs på att informera medarbetarna om vikten att göra avvikelserrapportering för att det är ett viktigt förbättringsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i avvikelssystemet DF respons. Under 2022 har Kvalitetsombudet och Verksamhetschef hjälpts åt att utreda avvikelser. Utredaren tar kontakt med berörd personal för att stämma av avvikelserna, men även diskutera hur förbättring kan uppnås (Vad kan man tänka på till nästa gång). När avvikelserna är utredd avslutas den av verksamhetschefen. Är den graderad på tre eller högre avslutas den av MAS eller SAS. På de APT vi har haft under året så har avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga. Analysen underlättas genom att verksamheten varje månad får ut rapporter gällande avvikelshantering från kvalitetsavdelningen, med diagram från Qlikview. Diskussionerna på APT är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen och sprida lärande. MAS har under året varit ute på APT och pratat avvikelshantering generellt, kartlagt svårigheter kring läkemedelshanteringen ute hos kund och hur vi kan hitta ett säkert sätt att sköta denna. Under november var SAS med på ett APT och berättade om skydds- och begränsningsåtgärder.

## 8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, gäster eller närstående 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 hemsidan med länk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>9</sup>. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

---

<sup>9</sup> [SFS 2017:372](#)

### 8.2.1 Hemtjänst Alingsås

Synpunkter har framförts direkt till personal och har främsta hanterats utan registrering i DF Respons.

## 9 Kunskap och kompetens

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

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, lagstiftning och informations säkerhet.
- Internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Interna webbutbildningar med kunskapstester inom AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik och miljö och hållbarhet.
- Vissa verksamheter håller även i interna utbildningstillfällen till den egna och övriga verksamheter inom Bräcke diakoni, såsom t.ex. Durewallmetoden för mjukt självskydd.
- Externa utbildningar plockas kontinuerligt in i verksamheternas kompetensutvecklingsinsatser. Exempelvis använder driftområdena inom äldreomsorg utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

Under 2022 har vi startat upp en digital kompetensbank där stiftelsens samtalade kompetens både synliggörs och tillgängliggörs. Det skapar nya förutsättningar för kompetensöverföring mellan verksamheterna.

### 9.1 Hemtjänst Alingsås

Utöver dessa allmänna insatser har våra medarbetare deltagit i alternativt hållit i följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Under 2022 har medarbetare gått Alingsås kommuns utbildning i dokumentation inför arbete i Magna Cura.
- Verksamhetschefen har påbörjat ledarskapsutbildning under 2022, förväntas vara klar juni 2023.

- Majoriteten av nyanställda har gjort webutbildning i Demens ABC samt Demens ABC + hemtjänst.
- Verksamhetschef och kvalitetsombud har gått två dagars utbildning i Stjärnmärkt från Svenskt demenscentrum.
- Kvalitetsombudet har dessutom varit med på en kvalitetsnätverksträff, som hålls av Bräcke diakonis kvalitetsavdelning.
- Under våren har reflektionsmöten handlat om lågaffektivt bemötande, hur vi kvalitets-säkrar läkemedelsgivning hos kund samt andra diskussionsfrågor som varit relevant för medarbetarna att prata om just den gången. Under hösten har sjukfrånvaron varit för stor för att kunna ha reflektionsmöten, men vi hoppas på att kunna återuppta dem snarast.
- Under APT har följande varit inbjudna:
  - Alingsås kommuns MAS var i maj på ett APT och pratade om patient-säkerhet. Eftersom mycket ny personal har börjat sedan dess behö-ver ett ytterligare besök planeras in under 2023.
  - Andra som varit inbjudna är Lisa Schjelde och Helena Holmberg som är projektledaren för projektet I Nöd och Lust samt Andrum Peter Lennberg och Eva Bergman som pratat om Bräcke diakonis värde-grund och hur vi kan arbeta med den i det dagliga arbetet i hemtjän-s-ten.

## 10 Samskapande och samverkan

### 10.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas. Samskapande är även en integrerad del i Förbättringskraft och i flertalet olika styrdokument såsom bemötandepolicy.

#### 10.1.1 Hemtjänst Alingsås

Kunderna är generellt delaktiga vid uppstart och uppföljningar av genomförandeplanen. Inför uppstartssamtal och uppföljningssamtal meddelas kunderna att de med fördel kan bjuda in anhöriga eller god man eller någon annan de önskar ha med.

Under första halvan av året har verksamheten haft svårt att arbeta med genomförandeplanerna enligt ovan på grund av sjukdom men vi har under senare delen av hösten startat upp

detta arbetssätt igen. Därtill har vi arbetat för att alla kunder skall få en fast omsorgskontakt och bättre kontinuitet. Förbättring av kontinuiteten har inneburit att personalen och kunderna numera är uppdelad i samma, mindre områden och detta har varit en positiv förändring och kunderna uttrycker att de märker att kontinuiteten blivit bättre. Personalen upplever även att de har bättre kännedom om sina kunders behov och har roligare.

## **10.2 Samverkan inom Bräcke diakoni**

Bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen. Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Medarbetarna i verksamheterna är också delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system.

## **10.3 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare**

För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system på största allvar. Vi deltar t.ex. i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. För att förebygga vårdskador har vi läsbehörighet till andras journalsystem, vilket underlättar kommunikation och stärker patientsäkerheten. Samverkan sker på olika nivåer, för individen genom exempelvis SIP, för organisationen genom nätverk och övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl.

### **10.3.1 Hemtjänst Alingsås**

Hemtjänst Alingsås har tidigare ingått i ett IOP med Alingsås kommun med målet att säkra en sammanhållen vårdkedja. Även i nuvarande avtal arbetar vi, tillsammans med exempelvis med Alingsås kommuns rehabilitering och Bräcke vårdcentral Centrum, för en sammanhållen vårdkedja för den äldre. Hemtjänst Alingsås har ett gemensamt säkert dokumentationssystem, Magna Cura, med Alingsås kommun där alla olika professioner kring kund samt alla användare kan skriva information till varandra. Patientansvarig sjuksköterska kan lägga in HSL-beställningar som ska utföras av hemtjänsten. I hemtjänst Alingsås uppmärksammar personalen rehab om identifierade problem med medicintekniska produkter. Detta ses även som fysisk arbetsmiljöåtgärd eftersom personal kan skadas vid exempelvis förflyttningar med trasiga hjälpmedel. Samverkan med hemsjukvården samt deras enhetschefer kring Nära vårds arbete ska dessutom utvecklas under 2023, där vi ska komma fram till gemensamma förbättringsområden.

## 10.4 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, Nationell patientkontrakt, Tillitsdelegationen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare (SAS), det nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering) och ingår i programråd och referensgrupper för nationella och internationella konferenser som t.ex. Vitalis, International Forum for Quality and Safety in Healthcare (IHI/BMJ) och i samverkansgruppen för säker vård.

Bräcke diakoni driver dessutom ett flertal innovationsprojekt med stöd från Allmänna arvsfonden tillsammans med brukar-/patientorganisationer inom följande områden: Äldre, funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, lipödem och digitalisering.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård.

### 10.4.1 Hemtjänst Alingsås

Frälsningsarmén och Röda Korset besöker våra kunder när de önskar mer social kontakt än vad hemtjänsten kan ge. De har även varit på APT under hösten och presenterat sin verksamhet.

Vi erbjuder även en Ringvän till de kunder som önskar, i samarbete med Räddningsmissionen.

## 10.5 Forskningssamverkan

Målsättningen med Bräcke diakonis arbete med forskning är att det ska bidra till att vi bättre ska kunna verka för ett medmänskligare samhälle och skapa värde för dem som vi finns till för. Som hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre forskningsområden med inriktning mot idéburen välfärd:

- Värdeskapande mellan dem vi är till för och medarbetare
- Organisering och ledning av idéburna organisationer
- Samverkan och relationer i välfärden

Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällesfrågor med konkreta forsknings-samarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett gemensamt arbete kring äldre, palliativ vård, funktionsnedsättningar, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

Inom ramen för detta samarbete har vi också utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

I samarbetet med Göteborgs universitet och med stöd från Forte bedriver vi ett forskningsprojekt kring evidensbaserad omvårdning inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserad omvårdning kan omsättas i vårdens och omsorgens vardag av personer som inte genom sin utbildning är akademiskt skolade.

För att stärka patienters och brukares involvering i vården och omsorgen pågår också ett forsknings- och utvecklingsarbete om samskapande. I en kartläggning i Bräcke diakonis verksamheter framkom att medarbetarna är motiverade att samskapa men behövde ett förbättrat stöd för att öka samskapandet i praktiken. Vi har nu integrerat samskapande tydligare i vårt kvalitetsarbete, bland annat genom att anpassa Förbättringskraft och förtydliga samskapande i kvalitetsdialogen, policyer och rutiner.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik.

Bräcke diakonis värdegrund och vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Vår utgångspunkt är att jämställdhet, precis som kvalitet i ett större perspektiv, skapas i mötet mellan människor. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Bräcke diakoni innefattar alla som verkar inom vår organisation – var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande. Vi arbetar ständigt med att utveckla och stärka medvetenheten om olika människors grundläggande rättigheter.

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål – i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss.

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningssatsningar – regelbundet och på alla nivåer
- Jämställdhet och mångfald är en del av den introduktionsutbildning som nyanställda deltar i
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald
- En del av medarbetarsamtalet

För Bräcke diakoni är det viktigt att ledningen är drivande och förstår varför jämställdhet och mångfald är en strategisk fråga. Det är också viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet, och vikten av att ha med detta perspektiv i alla möten och situationer.

Genom att samtliga medarbetare har kompetens och erfarenhet inom området, och fortlöpande kompetensutvecklas, säkerställer vi en verksamhet med ett jämställt perspektiv där individens behov och önskemål alltid är utgångspunkten.

## 11 Hållbarhet och miljö

Bräcke diakoni arbetar integrerat med hållbarhet och miljö. Vi ser att de olika hållbarhetsperspektiven är sammanflätade och påverkar varandra, där god hållbar utveckling för sociala och ekonomiska perspektiv ger goda resultat för miljöarbetet. Vi är miljödiplomerade sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Utöver diplomeringsstandarden från Svensk Miljöbas, följer vi de krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma. Det är en tydlig trend att specifika miljökrav skrivs in i nya verksamhetsavtal. Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Tillsammans utgör miljösamordnaren och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Vårt hållbarhetsarbete utgår från ISO 26000 - den globala standarden som tar ett helhetsgrepp på hållbar utveckling och sedan 2017 skriver vi en årlig hållbarhetsrapport där vårt arbete med ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet redovisas. I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår egen webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomför vi regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Vi tror att hållbarhetsperspektiven på sikt sammanflätas ännu tydligare vilket kommer att betyda förändringar i arbetssätt och organisation. Ett möjligt exempel är att våra miljöombud blir hållbarhetsombud och får ett bredare perspektiv i sin roll.



Vi arbetar systematiskt med att minska vår miljöbelastning och har aktiviteter för att nå målen:

- Egenkontroller och uppföljningar för att minska miljöbelastning av energianvändning och restprodukter. Exempelvis genom tydliga rutiner för och uppföljning av farligt avfall.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- Vi arbetar organisationsövergripande med miljökommunikation och kompetens.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Vi reser i första hand med tåg. Vår fordonspark ska bli mindre fossilberoende i takt med att möjligheterna ges med infrastrukturen. Vi minskar påverkan av våra arbetsresor genom att prioritera resfria möten med telefon och webbmöten.
- Användning av avvikelshanteringssystem för miljöavvikelser.
- Vi har en inköspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt. Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Under 2022 har vi fokuserat på energieffektiviseringsåtgärder och på riktlinjer som ska göra våra inköp mer cirkulära.
  - En projektgrupp startats för att skapa tydliga styrdokument, rutiner och förhållningssätt för cirkularitet, främst för möbler och inventarier, och därmed ge verksamheterna ett reellt stöd i sina inköp.
  - Inköspolicy och rutin har uppdaterats med riktlinjer om att cirkulerade produkter och inventarier ska vara ett förstahandsval.
  - Vår verksamhet Bräcke arbetsintegrering Göteborg jobbar med cirkularitet i Göteborgsområdet. De har numer en tydlig förteckning över vad som finns i våra lager, tillgänglig för verksamheterna, liksom statistik på vad som cirkuleras. Omsättningen överträffar alla våra förväntningar och Bräcke arbetsintegrering Göteborg är vårt tydligaste exempel på hållbarhetsarbete inom såväl miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet genom att vi återanvänder möbler och inventarier med hjälp av människor som är i arbetsträning och sparar pengar på samma gång.

## 12 Informationssäkerhet

Under 2022 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Påbörjat arbete med egenkontroll för informationssäkerhet
- Beslutat om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer.

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

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

## 13 Resultat för Hemtjänst Alingsås

I följande avsnitt presenteras resultaten av Hemtjänst Alingsås systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### 13.1 Kvalitetsdialog

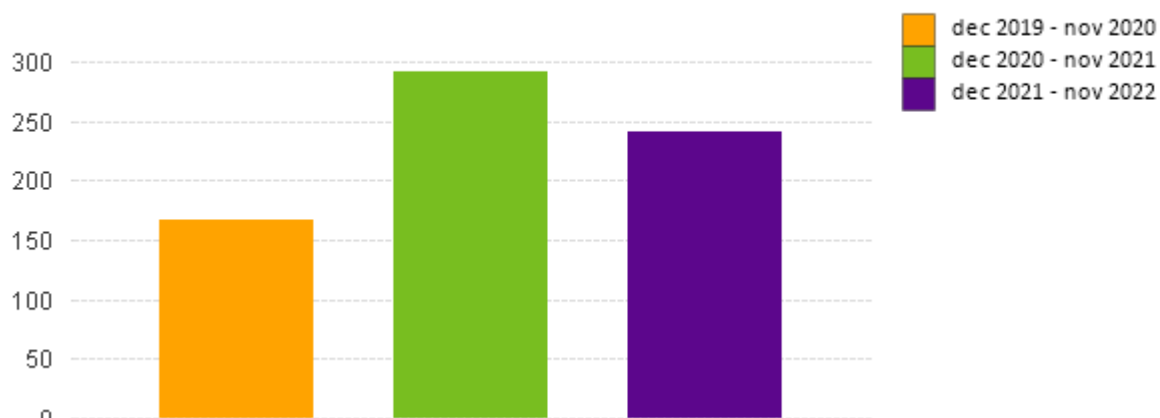
Område	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,3	2,0	2,3
2. Riskanalyser	3,0	2,0	3,0
3. Avvikelsehantering	3,0	2,4	2,0
4. Egenkontroll	3,0	3,0	2,5
5. Kunskap och kompetens	3,0	2,5	2,5
6. Samverkan	2,0	2,0	3,0

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

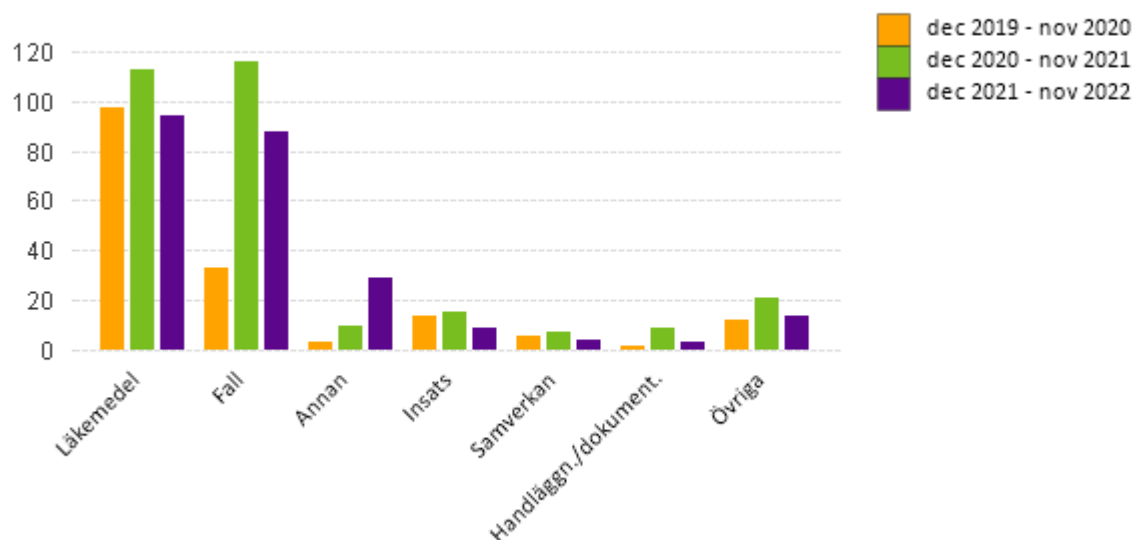
Hemtjänst Alingsås har mycket goda strukturer på plats gällande såväl riskanalyser, avvikelsehantering, egenkontroll och kunskap och kompetens. Hela verksamheten arbetar aktivt med kvalitetsmålen, vars uppföljning återfinns ovan i kap 4. Viss förbättringspotential finns i att lägga in alla rutiner i ledningssystemet och att få fler medarbetare att använda ledningssystemet. Riskanalysarbetet fungerar väl på individnivå och används delvis på verksamhetsnivå. Medarbetarna är mycket bra på att registrera avvikelser, men resultatet dras ner av att verksamheten har haft två avvikelser som utretts enligt lex Sarah. Egenkontrollen fungerar bra och visar en förbättring sedan förra året. Inom kunskap och kompetens kan verksamheten förbättra sin omvärldsbevakning genom att använda fler källor. Gällande samverkan dras värdet ner genom att verksamheten inte har något brukarråd eller motsvarande och att förbättringsarbeten inte sker i samskapande med kunderna

## 13.2 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



**Figur 3.** Antal avvikelser totalt och per typ för 2022 samt förändringen mot tidigare år.

Personalen är bra på att rapportera in avvikelser, vilket märks på det höga antalet inrapporterade avvikelser under åren. Detta är ett resultat av att verksamheten har en mycket god kultur gällande avvikelserapportering, både hos fast- och timanställda. Antalet avvikelser 2022 är lägre än 2021 men högre än 2020. Noterbart är att antalet kunder har ökat över dessa tre år, trots det har såväl fall- som läkemedelsavvikelsena blivit färre 2022.

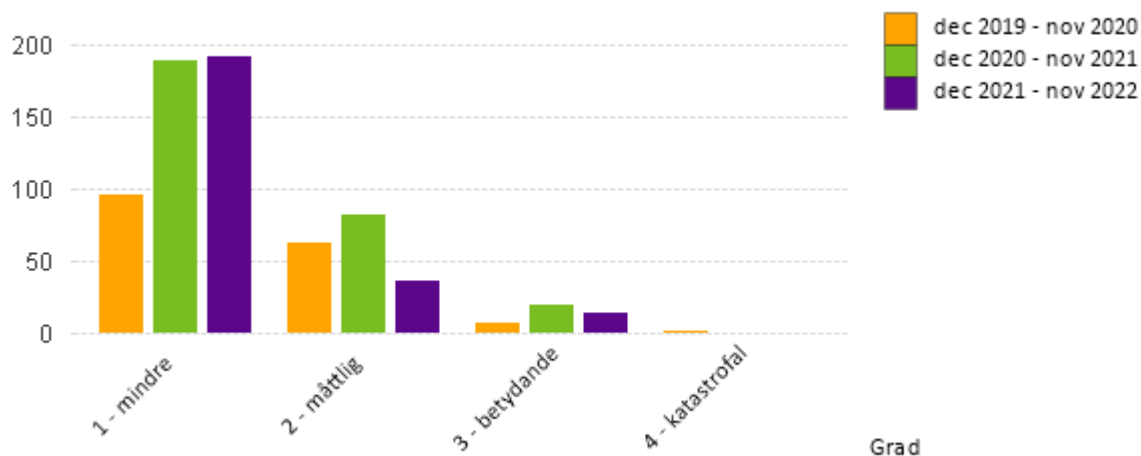
Eftersom vi har många fallavvikelser och ett mål att minska antalet fall så har vi haft stort fokus på hur vi skriver fallrapporter och vilken information som är viktig för att kvalitetssäkra att det som skall dokumenteras finns med i kundens journal och i avvikelserapporten i DF respons.

Framför allt har vi diskuterat vikten att ta kontakt med hemsjukvården när en kund är inskriven där och vad vi gör om kunden inte är inskriven i hemsjukvården. Syftet med detta var att arbetsgruppen skall förstå vikten att dokumentera rätt information och få en tydligare bild av vilka rutiner som finns. En ny rutin kring fall i ordinärt boende har tagits fram, där alla fall rapporteras till rehab och hemsjukvården, med start vid kundens första fall.

De avvikelser som berör hemsjukvården skrivs ut och lämnas i pappersform till enhetschef för sjuksköterskegrupperna i kommunen.

Två områden, förutom fall, som sticker ut är läkemedel och kontroll av TES (som döljer sig under fritextkategorin Annan i diagrammet i kap 6.1). Dessa områden behöver arbetas vidare med. Läkemedelshanteringen är den största avvikelseypen och här finns ett pågående arbete som kommer att fortsätta under 2023. Gällande TES behöver ett arbete göras för att säkerställa att alla som arbetar är inloggade mot trygghetslarmet, vilket också är ett mål för 2023.

Allvarlighetsgrad (antal)



Figur 4. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2022 samt förändringen mot tidigare år.

Trots att antalet kunder under året har ökat så har antalet avvikelser minskat sedan föregående år och den absoluta majoriteten av avvikelserna är av mindre allvarlighetsgrad. Eftersom det fortfarande rapporteras in mycket avvikelser och majoriteten är av mindre allvarlighetsgrad så förväntas inte mörkertalet vara stort.

### 13.2.1 Lex Maria

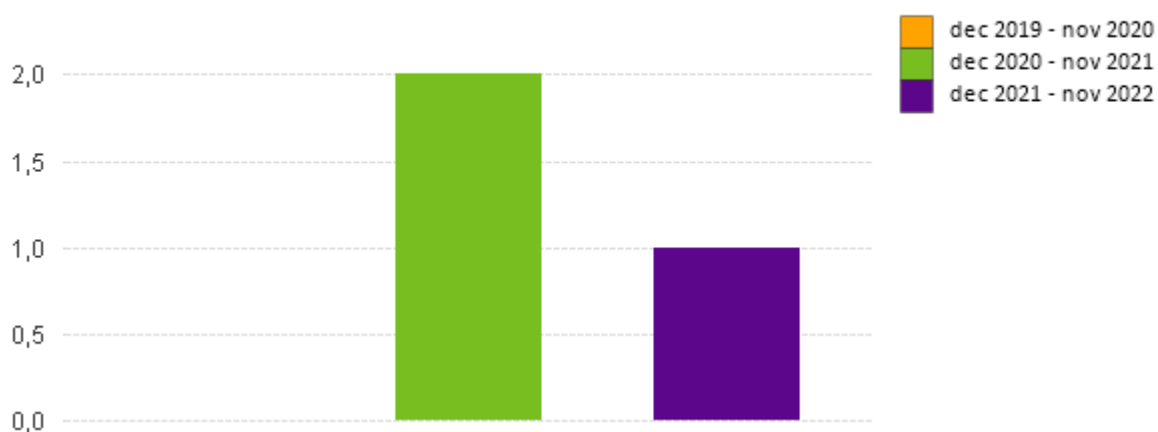
Hemtjänst Alingsås har inte haft någon lex Maria under 2022.

### 13.2.2 Lex Sarah

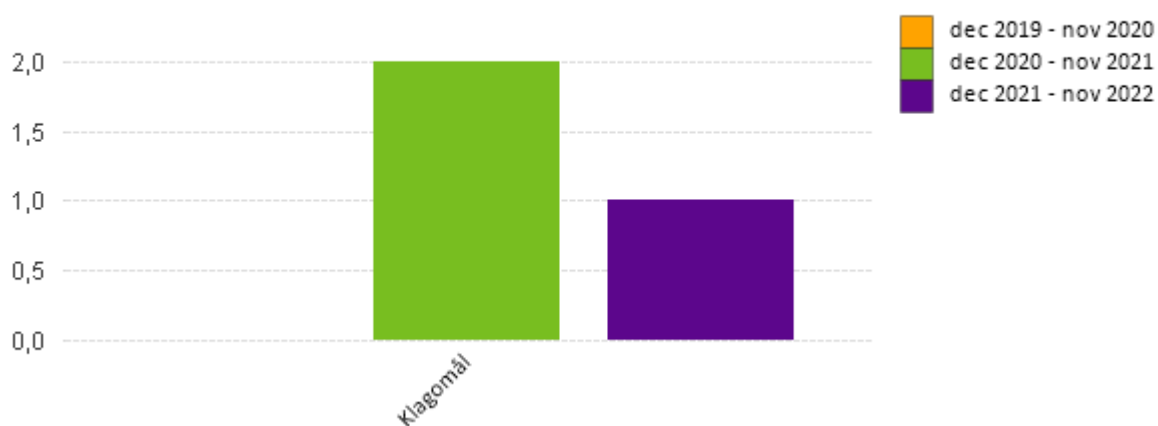
Under 2022 rapporterades det in två st lex Sarah varav den ena anmäldes till IVO som ett allvarligt missförhållande och den andra utreds fortfarande. Den händelse som bedömdes som ett allvarligt missförhållande rörde otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder och efter det inträffade har verksamheten bla fått utbildning av SAS i skydds- och begränsningsåtgärder samt att resurser fördelats om för att avlasta verksamhetschefen. Åtgärderna har varit delvis effektiva, det har inte inträffat ytterligare händelse kring tvångs- och begränsningsåtgärder men avlastning till verksamhetschef har inte kunnat genomföras helt enligt plan. Ny uppföljning är planerad till 2023.

### 13.3 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 5. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2022 samt förändringen mot tidigare år.

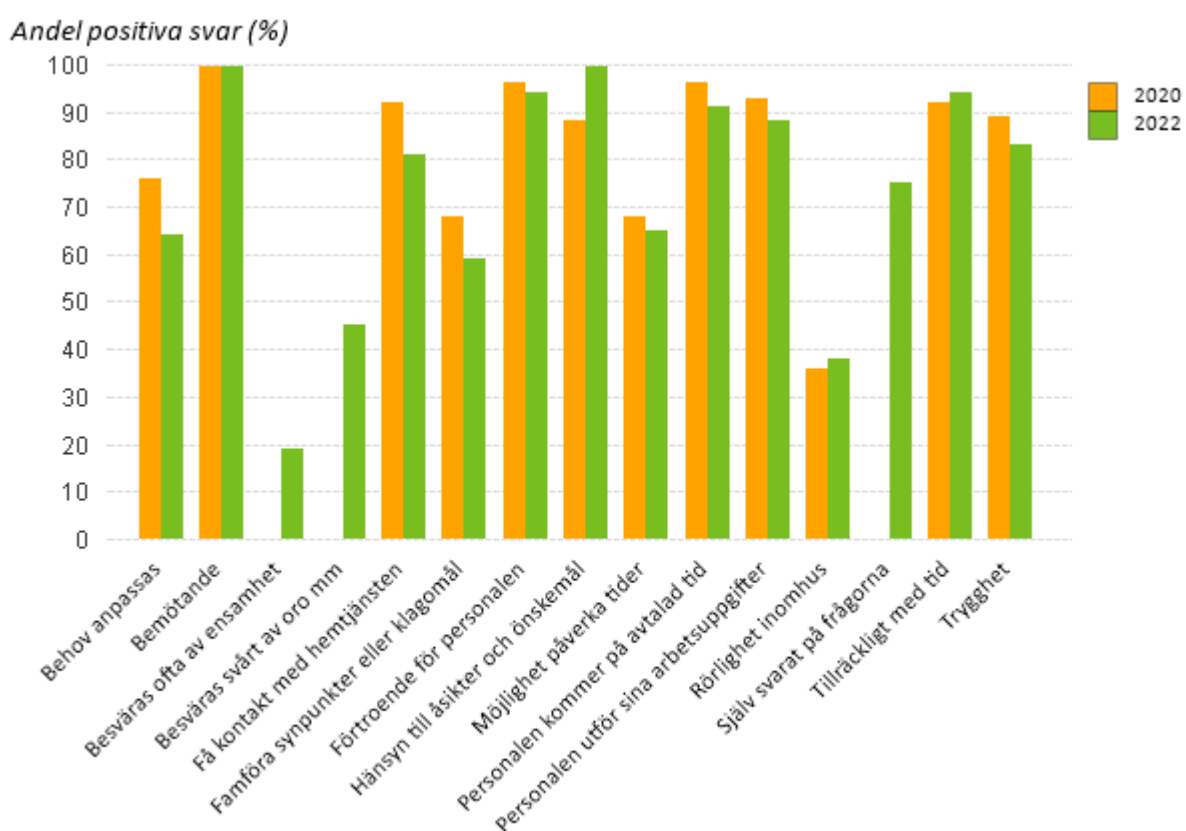
Vi noterar att antalet synpunkter som rapporterats in i DF Respons inte motsvarar det antal som vi uppfattar att vi fått under året. Orsaken är att de flesta synpunkter och klagomål bemöts och tas om hand direkt när de framförs. Personalen uppmuntras att registrera synpunkter i DF respons men åtgärden har inte gett önskat resultat 2022 vi har därför en ökad inrapportering av klagomål i DF Respons som kvalitetsmål för 2023.

## 13.4 Kvalitetsregister

### 13.4.1 Senior alert

Data till Senior alert överlämnas till Alingsås kommuns hemsjukvård, resultatet tas upp på teamträffarna.

## 13.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar

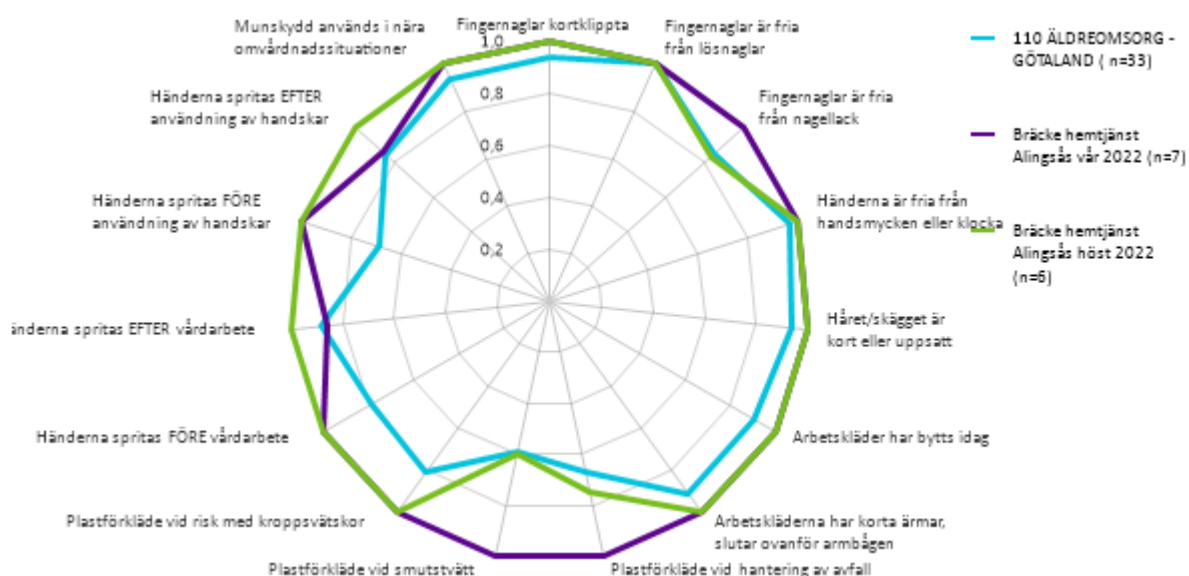


Figur 6. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2019 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

Under 2022 har hemtjänst Alingsås bibehållit 100% nöjdhet gällande bemötande, vilket var ett mål för året. Även när det gäller hänsyn till åsikter och önskemål är nöjdheten 100% och över 90% på förtroende för personalen, personalen kommer på avtalad tid och att personal har tillräckligt med tid. Att behov anpassas liksom möjlighet att påverka tider och att framföra synpunkter och klagomål är de områden med lägst resultat. Dessa resultat behöver utredas vidare.

## 13.6 Egenkontrollprogram

### 13.6.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 7. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2022 och driftområdets resultat för hela 2022.

Hemtjänst Alingsås har god följsamhet till basal hygien under hösten 2022 utom användning av plastförkläde vid hantering av smutstvätt och avfall. Detta är ibland svårt inom hemtjänsten när tvätt och avfall behöver hanteras utanför kundernas hem och personal har tagit på sig ytterkläder.



## 14 Hemtjänst Alingsås kvalitetsmål och strategier för det kommande året

Fokusområde	Mål	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Utöka samverkan med hem-sjukvården kring gemensamma förbättringar för Nära vård	Påbörja dialog med hem-sjukvården kring Nära vård. Hitta ett gemensamt förbättringsarbete.	VC	Nov 2023
Diakoni i praktiken	All personal ska ha kunskap om Alingsås kommuns krav på patientsäkerhetsarbetet	Bjuda in Alingsås MAS för ny presentation gällande patientsäkerhet under ett APT.	VC	Nov 2023
Diakoni i praktiken	Fastställa arbetssätt och rutiner kring läkemedelshantering.	Genomföra systematiskt förbättringsarbete kring läkemedelshanteringen.	VC + Kvalitetsombud	Nov 2023
Diakoni i praktiken	All personal ska vara inloggad i TES under sin arbetstid.	Informera personal. Kontrollera via stickprov och följa upp inloggning.	Samordnare	Nov 2023
Tillit och lärande	Ökad inrapportering av synpunkter i DF	Under APT uppmuntra personalen att registrera synpunkter.	VC	Nov 2023
Tillit och lärande	All personal ska ha gått Bräcke diakonis introduktionsutbildning	Anmäla alla nyanställda till introduktionsutbildningen	VC	Nov 2023
Tillit och lärande	20 reflektionsmöten ska ha genomförts under året	Genomföra reflektionsmöten med personalen veckovis om tid finns.	VC	Nov 2023