



*Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse*

2023

# Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2023

Bräcke hemtjänst Alingsås

## Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete .....	6
3	Organisation och ansvar .....	6
4	Strategier och arbetssätt.....	7
4.1	Fokusområden .....	8
4.2	Tillitsbaserad styrning .....	8
4.3	Samsyn och gemensam kunskapsutveckling .....	8
4.3.1	Bräcke forum .....	8
4.3.2	Patient- och brukarsäkerhetsråd.....	9
4.3.3	Förväntanssynk.....	9
5	Systematiskt förbättringsarbete .....	9
5.1	Riskanalyser.....	9
5.1.1	Riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå .....	10
5.2	Egenkontroll .....	10
5.2.1	Kvalitetsdialog .....	10
5.3	Avvikelsehantering.....	12
5.3.1	Lex Maria .....	12
5.3.2	Lex Sarah .....	12
5.4	Klagomål och synpunkter.....	12
5.5	Förbättringsarbete .....	13
6	Kunskap och kompetens .....	13
7	Samskapande och samverkan .....	14
8	Informationssäkerhet.....	15
9	Hållbarhet.....	15
9.1	Social hållbarhet.....	16
9.2	Ekologisk hållbarhet .....	17
9.3	Ekonomisk hållbarhet.....	17
10	Hemtjänst Alingsås.....	17
10.1	Organisation och ansvar .....	17
10.2	Strategier och arbetssätt.....	18
10.3	Riskanalyser.....	20
10.4	Egenkontroll .....	21
10.4.1	Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås .....	21
10.4.2	Externa revisioner .....	21
10.4.3	Nationella och regionala undersökningar .....	21
10.4.4	Övriga lokala egenkontroller .....	21
10.5	Avvikelsehantering.....	23
10.5.1	Synpunktshantering .....	23
10.6	Kunskap och kompetens .....	23
10.7	Samskapande och samverkan .....	24

11	Resultat för Hemtjänst Alingsås.....	25
11.1	Systematiskt förbättringsarbete .....	25
11.2	Kvalitetsdialog.....	25
11.3	Avvikelser .....	26
11.3.1	Lex Maria .....	27
11.3.2	Lex Sarah .....	28
11.4	Synpunkter .....	28
11.5	Kvalitetsregister .....	29
11.5.1	Senior alert .....	29
11.5.2	BPSD-registret .....	29
11.6	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	29
11.7	Egenkontroller.....	30
11.7.1	Egenkontroll Basal hygien .....	31
12	Hemtjänst Alingsås kvalitetsmål och strategier för det kommande året .....	32

## 1 Sammanfattning

Under 2023 blev vi för första gången största externa utföraren i Alingsås kommun. Det kändes som ett positivt kvitto på att vi levererar en bra hemtjänst och att vi har ett bra rykte i kommunen. Under samtal med nya kunder, så kommer det ofta upp att de har hört från någon eller flera andra kunder att de är nöjda. Även om vi under våren satte vårt tak på utförda timmar på 4500 timmar/månad, så lyckades vi bli störst. Vid årsskiftet hade vi ca 150 kunder.

Anställda åa har ökat under året. Vid årsskiftet 28,56 åa.

Införandet att ett nytt dokumentationssystem och IBIC har tagit en del av vårens och största delen av höstens kvalitetsarbete. Det har varit många utbildningstillfällen för att kunna starta upp Combine och IBIC, 1 december Det har inte funnits tid för att prioritera så mycket annat. Våra APT har varit en möjlighet att prata om andra förbättringsarbeten. Det positiva med införandet som medarbetarna upplever just nu är att det går att dokumentera och signera HSL uppdrag i arbetsbilerna. Bristen på tid för att arbeta med kvalitetsarbete är också något som syns i resultaten på våra kvalitetsmål, se 10.2. Vi har under året haft våra planerade Teammöten där legitimerad personal är med. En viktig samverkan för att kunna ge våra kunder en god omvårdnad. Även avstämningarna med enhetscheferna för sjuksköterskorna har varit under året. På APT i december hade vi handledning i Låg affektivt bemötande.

Hemtjänsten har ett ombud som ansvarar för att kunderna blir erbjudna att delta på Minnenas café. Under året har vi haft möjlighet att vara med på alla 9 tillfällen som varit under året. Vid varje tillfälle har det varit med i snitt 8 kunder/anhöriga. Ombudet är även med i referensgruppen för Minnenas café.

En budget i balans är fortfarande en utmaning för oss och som vi ständigt jobbar med för att nå målet.

Det känns verkligen bra att kunna skriva att fokus i år inte har varit covid 19.

Vi får ta nya tag under 2024.

## 2 Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

### Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

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. 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 gemensamma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

### En god säkerhetskultur

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.

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

## 3 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. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef, fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i fem driftområden: Rehabilitering och specialistvård, Primärvård, Funktionsstöd, Vård och omsorg i hemmet samt Vård och 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 patientsäkerhet.

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, dataskyddsbud, verksamhetsutvecklare och forskare. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

## **4 Strategier och arbetssätt**

### **Tillförlitliga och säkra system och processer**

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 att genom analys, lärande och utveckling skapa tillförlitliga och säkra system, uppnå ställda krav och målsättningar och minska den oönskade variationen i våra processer och resultat.

### **Säker vård och omsorg här och nu**

Vården och omsorgen präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är därför viktigt att det finns strategier för att snabbt anpassa verksamheterna efter nya förutsättningar. För att varje verksamhet ska uppmärksamma de områden där det finns behov av att öva eller förbereda sig för att öka eller bibehålla säkerheten kartläggs behov av simulering årligen vid kvalitetsdialogen. Verksamheten får då möjlighet att reflektera kring behov av simulering och resultaten kan sammanfattas på de olika nivåerna i organisationen.

Även verksamheternas riskanalyser med tillhörande handlingsplaner används som en källa för att anpassa verksamheterna efter de ständigt skiftande omständigheter som är vardag inom vården och omsorgen.

### **Övergripande mål och strategier**

Sedan 2019 har stiftelsen en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning.

## 4.1 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.

## 4.2 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. Sedan tidigare har varje verksamhet identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

### Stärka analys, lärande och utveckling

Under 2023 har arbetet med att utveckla månadsuppföljningar av kvalitetsmålen och kvalitetsindikatorer för verksamheterna tillsammans med kvalitetsavdelningen fortsatt. Syftet med månadsuppföljningar är att skapa samsyn och utbyta kunskap om verksamhetens resultat inom prioriterade områden. Att följa upp resultaten tillsammans ger dels möjlighet till fördjupad analys och lärande, dels bidrar det till att lärdomar sprids mellan verksamheter. Kvalitetsavdelningen deltar likaså regelbundet i driftområdesledningsgrupper, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta relevanta frågor såsom avvikelser eller patient/brukarsäkerhet med alla chefer inom ett driftområde. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och ger lärande.

## 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 för information från ledning och kvalitetsavdelningen, t.ex. MAS, MAR och utvecklingschef. Mötesplatsen är ett sätt för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt sprida information om aktuella nyheter



och händelser inom stiftelsen. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patient- och brukarsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter etc. Mötesplatsen är en del av stiftelsens arbete med omvärldsbevakning och ger möjlighet till kunskapsspridning.

#### **4.3.2 Patient- och brukarsäkerhetsråd**

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

#### **4.3.3 Förväntanssynk**

Förväntanssynk är ett arbetssätt som syftar till att bryta stuprörsstruktur och skapa samsyn. Olika grupper delar sina förväntningar på varandra och löser gemensamma problem utifrån olika områden, exempelvis har driftledningen och de olika stödfunktionerna förväntanssynk gällande ansvar och roller i olika tvärgående frågor. Förutom att minska risken för fel så har förväntanssynken också ökat samarbetet generellt inom stiftelsen och är en del av vår gemensamma kunskapsutveckling.

## **5 Systematiskt förbättringsarbete**

### **Agera för säker vård och omsorg**

För att kunna agera för säker vård och omsorg arbetar stiftelsen enligt nedan med riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och synpunkter och alla dessa källor bidrar med kunskaper om de förbättringsområden som verksamheterna behöver åtgärda.

### **5.1 Riskanalyser**

#### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att vi ständigt arbetar för att stärka trygghet och säkerhet för dem vi finns till för, även om förutsättningarna runt oss förändras. Vi arbetar därför med att synliggöra fel och brister i organisationen för att stimulera och främja lärande av det som inträffar och vi förebygger brister genom att vara riskmedvetna och försöka ligga steget före, innan något allvarligt inträffar. Utifrån att vi skapar

handlingsplaner och vidtar åtgärder som vi följer upp, säkerställer vi att risker minskar eller elimineras.

Arbetet med riskanalyser genomförs på olika nivåer i organisationen och de bedöms och hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner. Analyserna som sker på övergripande och verksamhetsnivå dokumenteras i ett gemensamt system vilket även möjliggör att vi kan aggregera resultat på olika nivåer. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och kunskapen om dessa bidrar till att vi är bättre förberedda om något oväntat skulle ske. Vården och omsorgen blir på så vis tryggare och säkrare.

I ledningsgruppen identifieras strategiska risker på organisationsnivå utifrån vad som sker i vår omvärld som kan komma att påverka oss som organisation och/eller våra verksamheter. Exempel på sådana risker har varit elbrist, pandemi och förhöjd terrornivå. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

#### **5.1.1 Riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå**

Samtliga vård- och omsorgsverksamheter genomför riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker och därigenom försöka förebygga allvarliga händelser och skador.

På individnivå använder vi kvalitetsregister och andra typer av strukturerade mallar, men vissa verksamheter har även utformat egna mallar för riskanalyser på individnivå. Det genomförs dessutom en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilde personens journal.

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

## **5.2 Egenkontroll**

### **5.2.1 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, och verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I 15 av årets kvalitetsdialoger har det även deltagit en patientrepresentant från Forum Spetspatient, en organisation med syfte att stimulera och stötta samhällets omställning från vård till

hälsa med ett tydligt patient- och närståendeperspektiv<sup>1</sup>. Dialogen utgår från föreskriften för ledningssystem (SOSFS 2011:9) och synliggör verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samskapande och samverkan samt hållbarhet och miljö. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitetsmognad gemensamt bedöms utifrån en 3-gradig skala. Genom sitt aktiva fokus på patientsäkerhet och mått på kvalitetsmognad överlappar den delvis säkerhetskulturtrappan A-E, vilket är ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetskultur<sup>2</sup>. Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2023 framkom behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och brandsäkerhet. Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftledning och driftområdesledning för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutveckling. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 1.



**Figur 1.** Kvalitetsårshjulet

<sup>1</sup> [Forum Spetspatient](#)

<sup>2</sup> [Säkerhetstrappan A-E](#)

## 5.3 Avvikelsehantering

### Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

I enlighet med SOSFS 2011:9 hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi arbetar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om avvikelsehantering och rapporterar både hälso- och sjukvårdsavvikelser och sociala avvikelser digitalt. Alla medarbetare har även en skyldighet att rapportera avvikelser till närmsta chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga avvikelser sker utredning genom en systematisk händelseanalys av bakomliggande orsaker. Verksamhetschef ansvarar för utredning av avvikelser, där kvalitetsavdelningen kopplas in vid behov. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förbyggande åtgärder för att förhindra upprepning. Sammanställningar och analyser av samtliga avvikelser hjälper verksamheten att se mönster och/eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, samt vidta åtgärder för att förhindra och förebygga att dessa inträffar igen.

#### 5.3.1 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.

#### 5.3.2 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 det händer 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.

## 5.4 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter från de vi finns till för eller närstående m.fl. är en självklar del av vår avvikelsehantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Blanketten "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter

- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms
- Via formuläret [Tyck till](#) på vår hemsida

Information om möjligheten att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetschefen återkopplar ärenden till anmälaren muntligt eller skriftligt. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

## 5.5 Förbättringsarbete

Förbättringskraft är Bräcke diakonis gemensamma plattform för ett systematiskt förbättringsarbete och består av ett verksamhetsnära stöd för att utveckla verksamheten. Förbättringskraft skapar lärande med hjälp av mätbara framsteg som ökar värdet för patienter och brukare och för medarbetare. Bräcke diakoni har i över 10 år arbetat med Förbättringskraft som utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*<sup>3</sup> samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling* och *hörnstensmodellen*<sup>4</sup>.

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllelse i förbättringsarbetet och träffen avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period. Arbetet utgår från ett teamuppdrag som baseras på identifierade behov utifrån de fyra fokusområdena. Medarbetare utbildas till rollen som processledare och leder då teamens förbättringsprocess. På så sätt sprids förbättringskunskap inom organisationen.

## 6 Kunskap och kompetens

Varje verksamhet 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.

---

<sup>3</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

<sup>4</sup> [Bergman, B och B. Klefsjö: Kvalitet – från behov till användning.](#)

- 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 verksamheternas kompetensutveckling. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

## 7 Samskapande och samverkan

Både samskapande, dvs vård, omsorg och utvecklingsarbete som görs tillsammans *med* patienter/brukare, och samverkan, såväl internt som mellan olika aktörer, är centrala delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och viktiga pusselbitar i att förebygga vårdskador och missförhållanden. På Bräcke diakoni genomförs samskapande och samverkan på följande sätt:

- **Samskapande med brukare/patienter och närstående** utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och dennes behov. Ett kontinuerligt arbete pågår för att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.
- **Samverkan inom Bräcke diakoni** där bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen, mellan medarbetare och våra olika verksamheter.
- **Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare** där vi t.ex. deltar i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boendet, skola och det egna hemmet. För att förebygga vårdskador har vi läsbehörighet till andra vårdgivares journalsystem, vilket underlättar kommunikation och stärker patientsäkerheten. Samverkan sker på olika nivåer, exempelvis på individnivå genom SIP och på verksamhetsnivå med brukar- och patientorganisationer, kommuner eller hemhabiliteringar.
- **Samverkan med andra samhällsaktörer** sker med många olika organisationer utifrån avtalad vård och omsorg, men även med patient/brukarorganisationer utifrån vårt innovations- och utvecklingsarbete. Genom samverkan med Forum Spetspatient har vi som



nämnt under 2023 haft en patientrepresentant som deltagare i 15 av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.

- **Forskningssamverkan** genomförs likväl för att utveckla vår kompetens och våra verksamheter, som för att bidra till ny kunskap. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), styrning och ledning samt evidensbaserad praktik.

## 8 Informationssäkerhet

Under 2023 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys
- Fortsatt arbetet med egenkontroll för informationssäkerhet
- Beslutat om och spridit information om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från driftledningen, 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
- Träffats för möten 6 gånger under året

## 9 Hållbarhet

Bräcke diakoni har länge arbetat med social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet och integrerar hela tiden de tre hållbarhetsperspektiven ytterligare. Vi ser att de är sammanflätade, och påverkar varandra. Till exempel ger god hållbar utveckling ur sociala och ekonomiska per-

spektiv goda resultat för miljöarbetet. De går även utmärkt att kombinera, såsom att vår arbetsintegrering hanterar cirkulering av möbler för flertalet verksamheter, vilket även sparar pengar och därmed gynnar alla tre perspektiv.

Vi skriver varje år en hållbarhetsrapport som finns tillgänglig på Bräcke diakonis [websida](#), där vi kopplar vårt arbete till Agenda 2030. Fram till 2022 har vi arbetat utifrån ISO 26000 och deras riskanalyser men under 2023 har vi börjat anpassa oss till EUs hållbarhetsdirektiv Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) och de nya europeiska standarderna ESRS<sup>5</sup>. Social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet ligger väl i linje med vår vision och värdegrund.

I hållbarhets- och miljöarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All nyanställd personal får grundläggande hållbarhets- och miljöutbildning genom vår interna webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomförs regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Vi jobbar mot att hållbarhetsperspektiven ska sammanflätas ännu tydligare i verksamheterna 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, där ett steg under 2023 har varit att tydligt inkludera sociala och ekonomiska aspekter i verksamhetens värdekedja.

## 9.1 Social hållbarhet

Social hållbarhet handlar till stor del om välbefinnande, rättvisa, makt, rättigheter och individens behov. Hit kopplas exempelvis vårt arbete med jämställdhet, arbetsmiljö och patient- och brukarsäkerhet.

Vår utgångspunkt är att jämställdhet 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.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål. För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningssatsningar – regelbundet och på alla nivåer och som en del i hållbarhets- och miljöutbildningen
- Jämställdhet och mångfald är en del av nyanställdas introduktionsutbildning
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald.

---

<sup>5</sup> [European Sustainability Reporting Standards \(ESRS\)](#)

- Jämställdhet och mångfald är en del av medarbetarsamtalet

## 9.2 Ekologisk hållbarhet

Vi är sedan 2005 miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas och följer 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 och att kraven ökar över tid. Stommen i Bräcke diakonis miljöorganisation består av en hållbarhets- och miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi arbetar systematiskt med att minska vår miljöpåverkan och bedriver även positiv miljöpåverkan genom att informera och involvera de vi finns till för i miljöarbetet.

## 9.3 Ekonomisk hållbarhet

Ekonomisk hållbarhet handlar om att använda, vårda och underhålla resurser (mänskliga och materiella) för att skapa långsiktigt hållbara värden men även att motverka oegentligheter som mutor och korruption. Som icke-vinstdrivande organisation återinvesterar vi vår vinst i verksamheten och genom såväl policyer som uppförandekod arbetar vi även aktivt mot korruption och mutor både i de egna verksamheterna och i leverantörsledet.

# 10 Hemtjänst Alingsås

## 10.1 Organisation och ansvar

Hemtjänst i Alingsås lyder under SoL, HSL och LOV (Lagen om Valfrihetssystem). Hemtjänsten utför SoL-insatser hos kund enligt biståndsbeslut. Kommunens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal delegerar hälso- och sjukvårdsuppdrag.

Vi har haft 2-3 patientansvariga sjuksköterskor (PAS) för våra kunder något som fungerat mycket bra och har gjort sedan 2017 när vi startade. En samverkan som betyder mycket för oss i hemtjänsten men det leder också till att våra kunder får en god vård.

I verksamheten arbetar undersköterskor, vårdbiträde, samordnare och verksamhetschef. Under 2023 har vårdbiträden blivit klara med sin utbildning till undersköterska.

Geografiskt område som hemtjänsten är valbar som utförare är i Alingsås tätort och Hemsjö. Personal skall finnas i verksamheten måndag till söndag 7–22.

Vid årsskiftet hade hemtjänsten ca 150 kunder inkl de som bara har trygghetslarm och utförde under december över 4500 timmar.

## 10.2 Strategier och arbetssätt

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 2023 har vi haft 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. Under året har vi haft PAS:ar som har hand om alla kunder som är inskrivna i hemsjukvården. Verksamhetschef har även haft fortsatta avstämningar med enhetscheferna för sjuksköterskorna i Alingsås kommun två gånger varje termin. Under dessa möten stämmer vi av hur samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård fungerar och diskuterar förbättringar. Kvalitetsombudet i arbetsgruppen har under året fokuserat på avvikelser. 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.

Nytt för oss from 1 december var att arbetsgruppen började signera HSL insatser och dokumentera i kundernas journal i Combine mobil app. Vi fick även ett nytt journalsystem, Combine Hemtjänsten har även börjat dokumentera i kundernas journal och upprätta genomförandepaner efter IBIC modellen.

Under året har vi i ledningsgruppen Vård och Omsorg i hemmet startat upp förbättringsarbete med Förbättringskraft. Vi har valt att arbeta med mål utefter våra fokusområden. Exempel på några mål vi valt att arbeta med är öka frisknärvaron, ta ansvar för gemensamma resurser - innebär att minska antalet timanställda och öka tillsvidare anställningar och nå våra budgetmål månadsvis samt öka andelen undersköterskor i hemtjänstens arbetsgrupper.

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och bruksäkerhetsarbete under 2023 på följande kvalitetsmål och strategier:

Fokusområde	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
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	Verksamhetschef	2023-11-01	0
Diakoni i praktiken	Fastställa arbetssätt och rutiner kring läkemedelshantering.	Genomföra systematiskt förbättringsarbete kring läkemedelshantering.	Verksamhetschef + Kvalitetsombud	2023-11-01	50
Diakoni i praktiken	All personal ska vara inloggad i TES under sin arbetstid.	Informera personal. Kontrollera via stickprov och följa upp inloggning.	Samordnare	2023-11-01	80
Diakoni i praktiken	Utöka samverkan med hemsjukvården kring gemensamma förbättringar för Nära vård.	Påbörja dialog med hemsjukvården kring Nära vård.	Verksamhetschef	2023-11-01	25
Tillit och lärande	All personal ska ha gått Bräcke diakonis introduktionsutbildning.	Anmäla alla nyanställda till introduktionsutbildningen	Verksamhetschef	2023-11-01	0
Tillit och lärande	20 reflektionsmöten ska ha genomförts under året.	Genomföra reflektionsmöten med personalen veckovis om tid finns.	Verksamhetschef	2023-11-01	55
Tillit och lärande	Ökad inrapportering av synpunkter i DF.	Under APT uppmuntra personalen att registrera synpunkter.	Verksamhetschef	2023-11-01	25

Handlingsplanen visar hur långt vi har kommit med våra kvalitetsmål och strategier under 2023. Under året har en del av våren och i stort sett hela hösten gått åt till att planera och utbilda inför uppstarten av Combine och IBIC. Inrapporteringen av synpunkter har ökat marginellt även under 2023 har största fokus varit på att göra avvikelser på läkemedelshantering och fallincidenter. Detta arbete görs och är väl implementerat i verksamheten. Och är en viktig del av vårt förbättringsarbete. Vi har haft några reflektionstillfällen där personal lyfter ämnen

efter deras behov. Dessa tillfällen ger även möjlighet att använda bla evidensbaserad kunskap från alla som arbetar och kunder.

### 10.3 Riskanalyser

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen genomför riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker för att försöka förebygga allvarliga händelser och skador. Riskbedömningar görs när nytt uppdrag inleds, i samband med att genomförandeplanen uppdateras och/eller om nya risker identifieras.

På individnivå använder vi exempelvis kvalitetsregistren Senior alert samt BPSD. Med hjälp av Senior alert minskar vi risken för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen, och vid behov blåsdysfunktion. BPSD-registret används för att minska och mildra beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom/demens och registret hjälper oss att arbeta teambaserat samt bemöta personen personcentrerat. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person oavsiktligt avviker eller upplever ofrivillig ensamhet. Likaså görs fördjupad läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. Riskbedömningar dokumenteras i den enskilde personens journal.

#### SoL/LSS

Inom driftområdet vård och omsorg i hemmet genomför vi riskanalyser på olika nivåer för att identifiera, gradera och analysera risker för att därigenom försöka förebygga allvarliga situationer och missförhållanden.

På individnivå görs riskbedömningar i samband med att ett uppdrag inleds och därefter i samband med att genomförandeplanen uppdateras eller om nya risker identifierats. Riskerna bedöms och analyseras med syfte att ta fram handlingsplaner för att minska eller eliminera risken. Exempel på risker som identifieras är risk för begränsningsåtgärd, utmanande beteende, att inte bli respekterad eller lyssnad på. Gemensamt för riskbedömningarna är att de leder till handlingsplaner som kan inkludera nya arbetssätt, rutiner eller utbildning och de möjliggör även uppföljning av åtgärder och utvärdering av om riskerna för minskat.

De risker som identifierats på verksamhetsnivå har analyserats och åtgärdats så långt det varit möjligt. Om Magna Cura slutar fungera finns en rutin för analog journalhantering. Riskbedömning på individnivå görs i varje kunds hem. Vi använder handlingsplanen i Magna Cura för exempelvis dörrlarm, sänggrindar 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 Magna Cura. 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. From 1 december ersattes journalsystemet Magna Cura av Combine /Combine Classic.

## **10.4 Egenkontroll**

### **10.4.1 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.

### **10.4.2 Externa revisioner**

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

Brukarundersökningen skickades ut till alla våra kunder under maj månad. Vi har under november på APT tagit fram 4 frågor som behöver förbättras och varav två förslag röstades fram som vi kommer ha som ett förbättringsmål under 2024. Alingsås Kommunen, Ingela Oscarsson har under hösten gjort en nulägesanalys av hur hemtjänsten planerar och arbetar med civil beredskap inom socialtjänst samt hälso- och sjukvården. Inför ny avtalskrivning gjordes en avstämning av FFU.

### **10.4.3 Nationella och regionala undersökningar**

Hemtjänst Alingsås har under 2023 deltagit i följande nationella eller regionala undersökningar.

Socialstyrelsen har skickat ut sin brukarundersökning och vi har tagit del av resultaten, se mer under 11.6 Figur 8.

### **10.4.4 Övriga lokala egenkontroller**

På Hemtjänst Alingsås består den lokala egenkontrollen även av:

Under året har Hemtjänst Alingsås gjort egenkontroll på Journalgranskning – egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation samt SoL dokumentation. Hemtjänst Alingsås förbättringsområde var att dokumentera i genomförandeplanen när och hur den skall följas upp samt hur den enskilde varit delaktig i upprättandet. Förbättringsarbetet har varit att markera de rubriker i genomförandeplanen som är viktiga och gått igenom materialet på APT. Under 2024 behöver vi arbeta fram en rutin för att göra genomförandeplaner i Combine och enligt IBIC. Både systemet och IBIC är nytt för verksamheten, så där har vi en utmaning att få ett arbetssätt som

fungerar. Under 2024 är målet att förbättra arbetet med Senior Alert och vi har satt som mål att bjuda in Folk tandvården på utbildning av munhälsobedömning.

Vi har gjort egenkontroller på inloggningar i TES. Dessa leder till att vi upptäcker att personal saknar inlogg samt att fler är inloggade efter dessa egenkontroller. Även nyckelkwitteringar har gjorts egenkontroller på. Här ser vi att följsamheten att följa Rutinen för Nyckelkwittering av kundernas nycklar blir bättre.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning	1 gång per år	Magna Cura
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	Vid behov*	BPSD, används vid bemötande-problematik
Klagomål och synpunkter	Kontinuerligt	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
Trygghetslarm inloggning	1 gång per månad	TES
Nyckelkvittenser	2 gånger per år	signeringslistor

## 10.5 Avvikelsehantering

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 avvikelserapportering för att det är ett viktigt förbättringsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i avvikelssystemet DF respons. Under 2023 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 utredda avslutas de 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 allvariga. Analysen underlättas genom att verksamheten varje månad får ut rapporter gällande avvikelsehanteringen 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. Under året har vi även gått från att ta emot muntlig information från berörd personal till att be om att få in all information skriftligt. För att kvalitetssäkra det som dokumenteras i avvikelserna och undvika missförstånd. Personal får då svara på frågor som är relevanta till den specifika avvikelserna som sedan dokumenteras i Df respons.

### 10.5.1 Synpunktshantering

Synpunkter har framförts direkt till personal och har främsta hanterats utan registrering i DF Respons. De som kommer in i DF respons utreds, analyseras av alla vid morgonmöten men även den personal som är berörd av synpunkten eller gruppen. Efter detta återkopplas det till personen som lämnat in synpunkten på det alternativ som önskas.

## 10.6 Kunskap och kompetens

Utöver de allmänna insatserna på stiftelsenivå har våra medarbetare deltagit i alternativt hållit i följande kompetensutvecklingsåtgärder:

- Under våren 2023 har medarbetare gått Alingsås kommuns utbildning i dokumentation inför arbete i Magna Cura.
- Verksamhetschefen deltagit i ledarskapsutbildning.
- Majoriteten av nyanställda har gjort webbutbildning i Demens ABC samt Demens ABC + hemtjänst.
- Implementerat nytt journalsystem och IBIC under hösten. Har varit flertal utbildningstillfällen för medarbetarna.

- 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. Februari - PAS utbildning BLÅS, Senior Alert
- Februari – Gått igenom Bräcke diakonis lönekriterier
- April – Handledning från HR arbetat med arbetsmiljön, frisk- och riskfaktorer
- December - handledning i Lågaffektivt bemötande och Mjukt självskydd

### 10.7 Samskapande och samverkan

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

Under hösten verksamheten haft svårt att arbeta med genomförandeplanerna enligt ovan på grund av implementering av IBIC och Combine. Vi har under året fortsatt arbetet med 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 vilket 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.

Hemtjänst Alingsås arbetar med att det skall vara en säker vårdkedja för kunden. Enligt rutin arbetar vi, tillsammans med exempelvis med Alingsås kommuns rehabilitering, hemsjukvården och Bräcke vårdcentral Centrum, för en sammanhållen vårdkedja för den äldre. Hemtjänst Alingsås har ett gemensamt säkert dokumentationssystem, Magna Cura och efter 1 december Combine, 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 arbetsmiljö-åtgärd eftersom personal kan skadas vid exempelvis förflyttningar med trasiga hjälpmedel. Samverkan med hemsjukvården samt deras enhetschefer kring Nära vårds arbete ska dessutom utvecklas under 2024, där vi ska komma fram till gemensamma förbättringsområden.

Vi är med som en representant i referensgruppen för Minnenas Café. Ombudet är med på referensgruppens möten, planerar för att kunder erbjuds vara med på tillfällena samt är med under tillfällena för att stötta kunden vid behov.

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

## 11 Resultat för Hemtjänst Alingsås

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

### 11.1 Systematiskt förbättringsarbete

Hemtjänst Alingsås har arbetat med att få ner fallavvikelser för mer se 11.3. Vi har även förbättrat vår kunskap och kompetens genom att ha en bättre omvärldsbevakning genom att använda fler källor. Det har funnits ett behov i arbetsgruppen att få uppdatering och blir tryggare i Låg affektivt bemötande och Mjukt självskydd den handledningen hade vi under APT i december. För övrigt så har mycket tid gått åt till att planera och starta upp Combine och IBIC.

### 11.2 Kvalitetsdialog

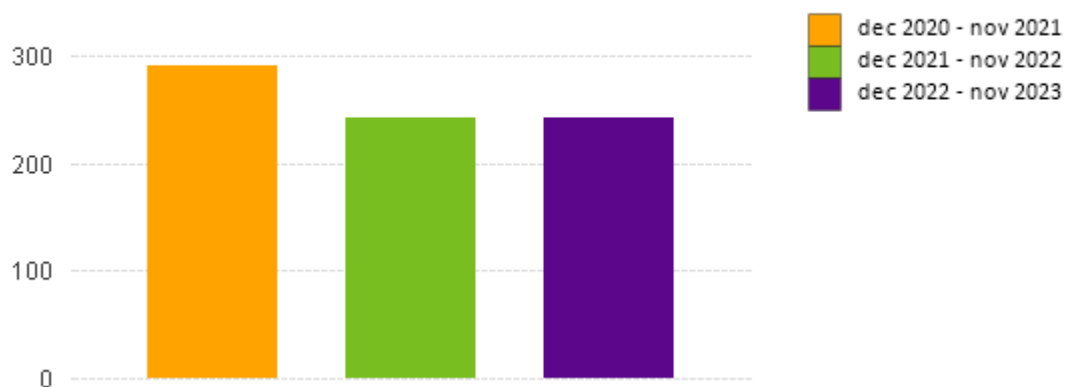
Område	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,7	2,3	2,0
2. Riskanalyser	2,5	2,0	2,0
3. Avvikelsehantering	3,0	2,8	2,3
4. Egenkontroll	3,0	2,5	3,0
5. Kunskap och kompetens	3,0	2,5	2,5
6. Samverkan	1,0	2,3	3,0
7. Hållbarhet och miljö	1,0	2,0	1,5

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

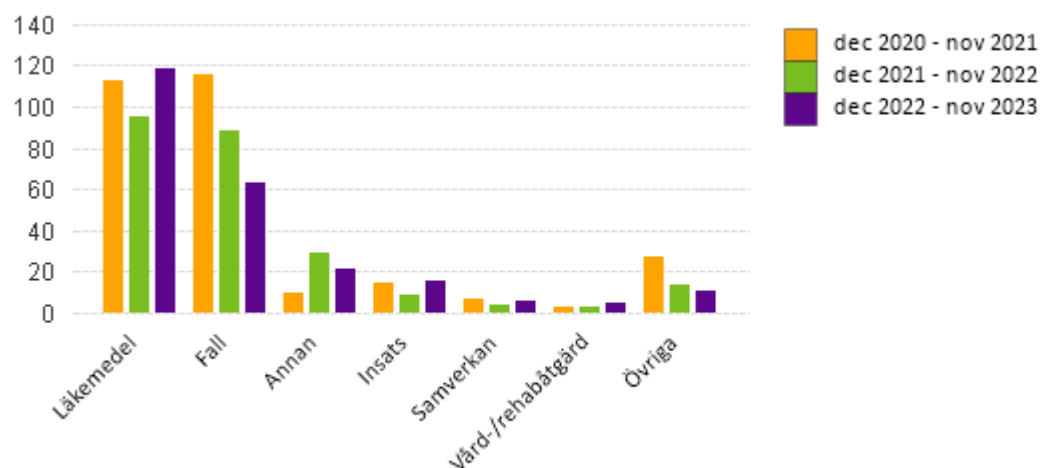
Kvalitetsdialogen genomfördes under hösten. Strukturen är generellt bra men Hemtjänst Alingsås behöver arbeta vidare med våra processer vilket förväntas leda till ökade resultat. Till viss del har detta redan startat med utbildningar och systematiskt förbättringsarbete under hösten 2023. Samverkan är låg på grund av att det är svårt att ha brukarråd i hemtjänsten. Hållbarhet och Miljö är ett nytt område som vi behöver arbeta vidare med under 2024.

### 11.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2023 samt förändringen mot tidigare år.

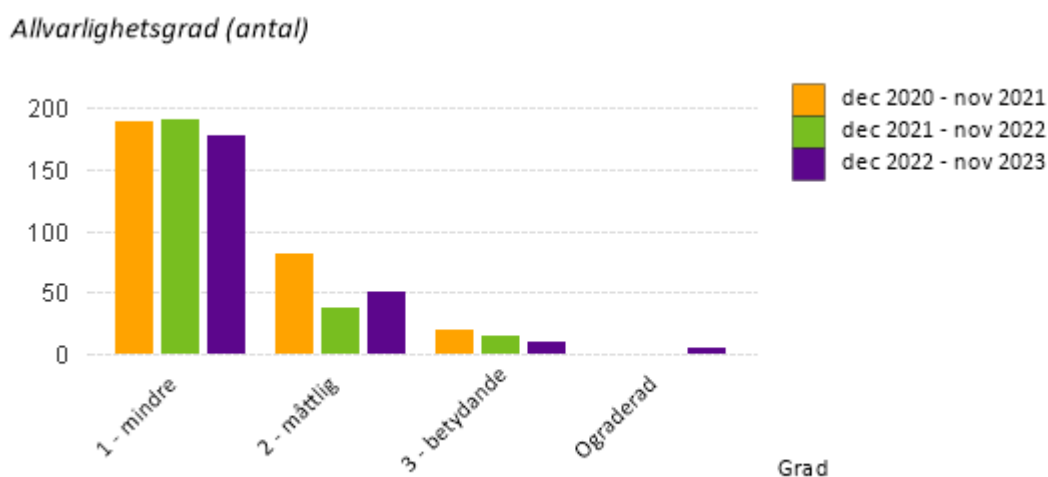
Personalen är bra på att rapportera in avvikelser, vilket märks på det höga antalet inrapporterade avvikelser under åren. Detta är ett resultat av att verksamheten har en mycket god kultur gällande avvikelserapportering, både hos fast- och timanställda. Antalet läkemedel-, insats-, samverkan- samt vård och rehab-avvikelser har ökat och det har även antal kunder gjort under året. Det kan vara en förklaring till det ökade antalet avvikelser. Fall-, annat- och övrigt-avvikelser är lägre. Noterbart är att antalet kunder har ökat över dessa tre år, trots det har såväl fall-, övrigt- samt annan-avvikelser blivit färre 2023 än vad de var 2022.



Under 2023 har vi haft som mål att minska antalet fall det kan ha en bidragande orsak. Vi haft stort fokus på hur vi skriver fallrapporter och vilken information som är viktig för att kvalitets-säkra 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.



**Figur 4.** Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2023 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.

### 11.3.1 Lex Maria

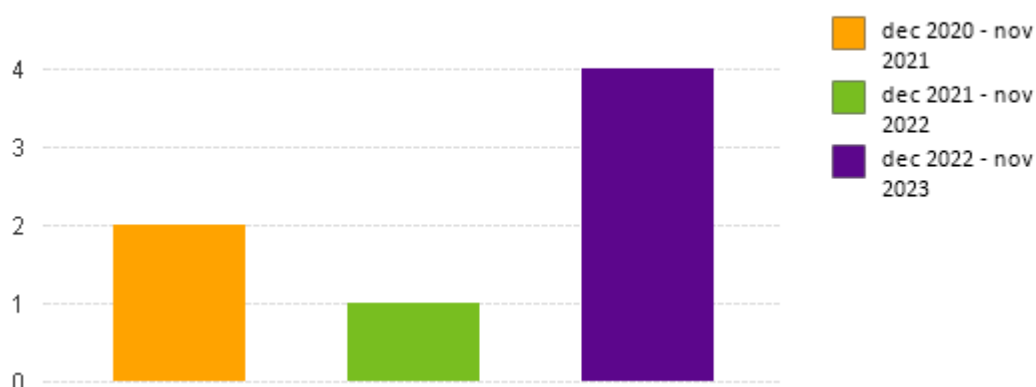
Hemtjänst Alingsås har inte haft någon lex Maria under 2023.

### 11.3.2 Lex Sarah

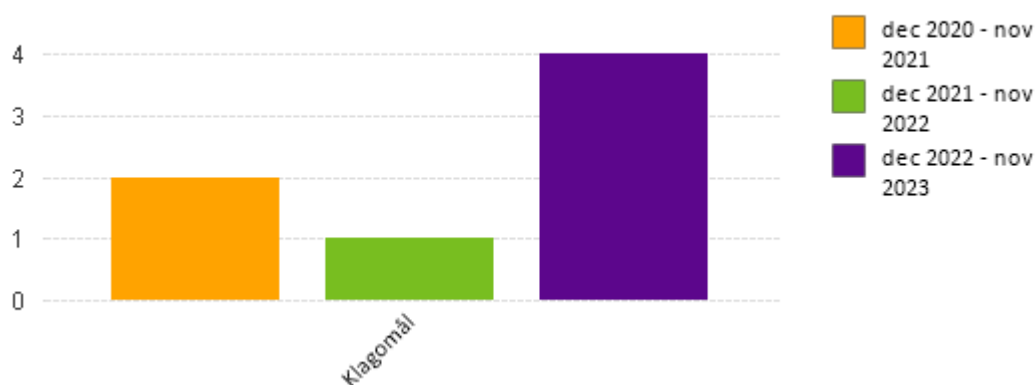
4 Lex Sarah utredningar inleddes under 2023, men samtliga avslutades med bedömningen att det inträffade, inte har utgjort något missförhållande.

### 11.4 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 5. Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2023 samt förändringen mot tidigare år.

Vi noterar att antalet synpunkter som rapporterats in i DF Respons under 2023 har ökat något vilket var ett kvalitetsmål under 2023. Antalet motsvarar fortfarande inte 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 under 2023 att registrera synpunkter i DF respons men åtgärden har delvis gett önskat resultat under året.

## 11.5 Kvalitetsregister

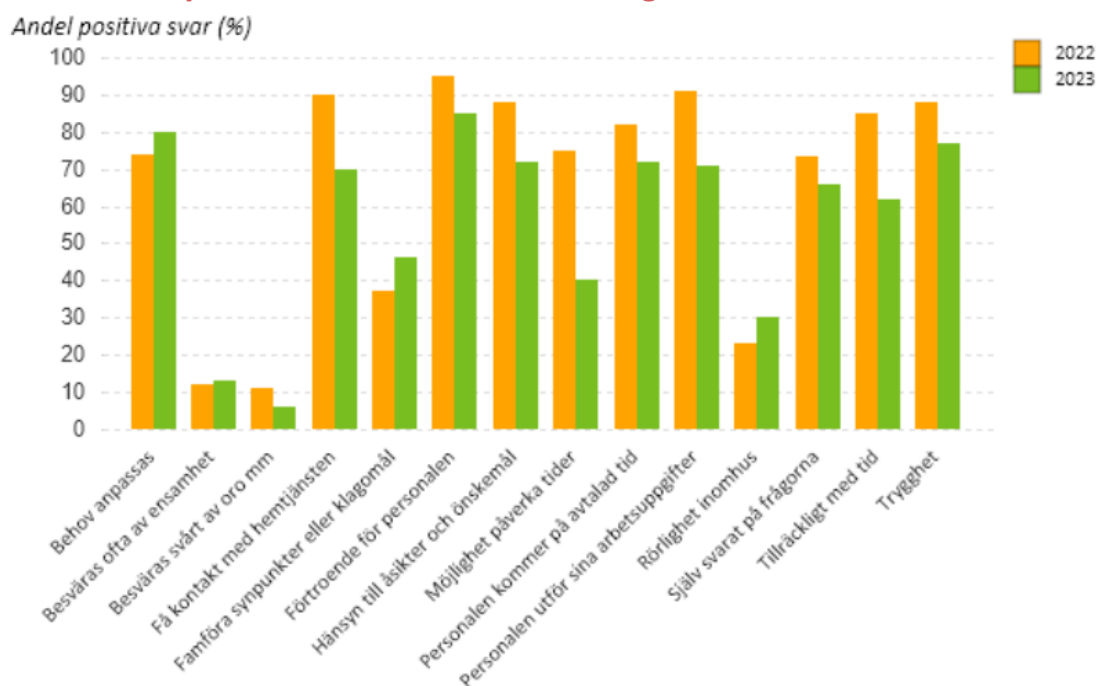
### 11.5.1 Senior alert

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

### 11.5.2 BPSD-registret

BPSD registret används när det finns ett behov av likriktning i personalens bemötande samt hur arbetet utförs.

## 11.6 Socialstyrelsens nationella undersökningar



**Figur 8.** Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2023 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: [kolada.se](https://kolada.se)

Brukarundersökningen skickades ut till våra kunder under maj månad. I år har svarsfrekvensen höjt sig en nivå det betyder att vi gått från 40–60% till 60–80%. Något som är positivt för det visar på att kunden är intresserad av att vara med och påverka.

Där nöjdheten har ökat är bla behov anpassas samt vet hur framför synpunkter och klagomål,

Det är två staplar som saknas i bilden ovanför. En av dessa är nöjdhet med bemötande som är 98% en minskning med 2% från de andra åren då det har varit 100%. Den andra stapeln är nöjdheten med den sammantagna upplevelsen av Hemtjänsten i sin helhet där resultatet även här har minskat till 84%. De positiva svaren har överlag minskat i årets Brukarundersökning. Vi har under november på APT tagit fram 4 frågor som behöver förbättras och varav två förslag, förtroende för personal och bemötande röstades fram som ett förbättringsmål under 2024. Får vi större nöjdhet på dessa två frågor hoppas vi ett det leder till att även de andra frågorna följer med i samma riktning.

Nöjdheten med har minskat i bla tillräckligt med tid här kan det återspegla sig att biståndsbesluten är mer restriktiva med den tid som beviljas i beställningarna. Nöjdheten har även minskat i få kontakt med hemtjänsten det kan bero på att antal kunder har ökat under året och att det gör att det inte är lika lätt att komma fram till tex samordnaren.

Vi kommer generellt behöva arbeta med förbättringar under 2024 för att vända resultaten.

### **11.7 Egenkontroller**

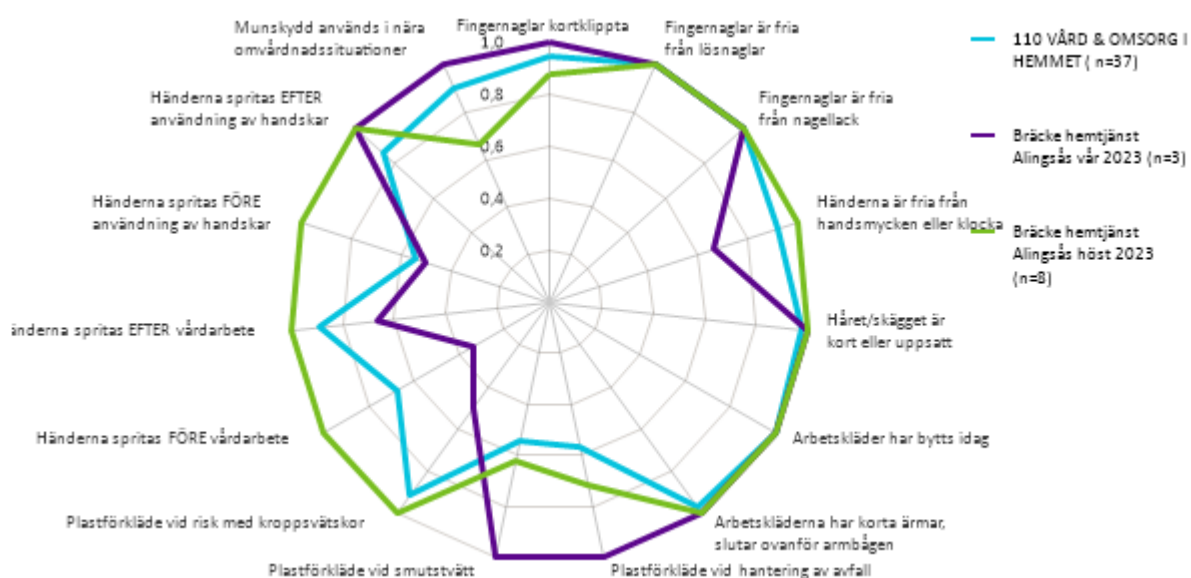
Under året har det gjorts egenkontroller på Basal hygien, nyckelkvittering av kundnycklar, inloggning i TES samt journalgranskning.

Basal hygien se 11.7.1 och texten under figur 9.

Generellt så visar det på att egenkontroller har ett värde i verksamheten. Görs egenkontroller och vi diskuterar resultaten i arbetsgruppen så finns det ett värde att de lyfts oavsett om de är bra eller dåliga för det blir en påminnelse.

Journalgranskningen visade på att inte alla kunder hade genomförandeplaner samt att uppföljningsdatum saknas på merparten. Sedan förra årets journalgranskning så har dokumentationen med hur kunden har varit delaktig samt vad som skapar trygghet förbättrats.

### 11.7.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 9. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2023 och driftområdets resultat för hela 2023.

Hemtjänst Alingsås har god följsamhet till basal hygien under hösten 2023 utom användning av plastförkläde vid hantering av smutsvätt och avfall. Detta är ibland svårt inom hemtjänsten när tvätt och avfall behöver hanteras utanför kundernas hem och personal har tagit på sig ytterkläder. Frågan angående om munskydd används i nära omvårdnadsarbete är inte längre aktuell. Det dåliga resultatet kan visa på att personal där har kryssat i nej som svar.

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

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Bemötande 100%	Andel svar i brukarundersökningen	Diskussioner på APT och under reflektioner	Verksamhetschef och All personal och	Maj 2024
Diakoni i praktiken	90 % Förtroende för hemtjänst	Andel svar i brukarundersökningen	Fråga kunder och ta upp det som kommer fram på APT	Verksamhetschef och Kvalitetsombud	September 2024
Tillit och lärande	HLR utb alla månadsanställda	Antal personal som gått utb	Boka utb	Verksamhetschef	December 2024

