

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Bräcke Hemtjänst Alingsås

Innehåll

1.	Sammanfattning	5
2.	Inledning	5
3.	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete	6
3.1	Tillförlitliga och säkra system och processer	6
3.2	Säker vård och omsorg här och nu.....	6
4.	Identifierade utvecklingsområden 2024	7
5.	Övergripande mål och strategier	7
5.1	Fokusområden	7
5.2	Tillitsbaserad styrning	8
5.3	Stärka analys, lärande och utveckling	8
5.4	Samsyn och gemensam kunskapsutveckling.....	8
5.5	Bräcke forum	8
5.6	Patient- och brukarsäkerhetsråd.....	8
5.7	Förväntanssynk	9
6.	Måluppfyllelse och resultat	9
6.1.	Självbestämmande och integritet	9
6.2.	Helhetssyn och samordning	10
6.3.	Trygghet och säkerhet	10
6.4.	Kunskapsbaserad verksamhet	10
6.5.	Tillgänglighet	11
7.	Säker vård och omsorg	12
7.1.	Agera för säker vård och omsorg	12
8.	Egenkontroll	17
8.1.	Kvalitetsregister.....	17
8.2.	Öppna jämförelser.....	18
8.3.	Vårdhygien	19
8.4.	Dokumentationsgranskning	20
9.	Informationssäkerhet	20
10.	Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp	21
10.1.	Andelen utredda avvikelser	23
10.2.	Utredning av allvarliga missförhållanden/ påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah	24
10.3.	Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria	24
10.4.	Synpunkter och klagomål	24
11.	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	25

1. Sammanfattning

Bräcke hemtjänst Alingsås har under 2024 trots flera utmaningar erbjudit insatser av god kvalitet till sina kunder. Den årliga brukarundersökningen visade exempelvis att kunderna uppfattade att vi hade ett gått bemötande och att vi var lätta att nå, något vi är stolta över. Året inleddes dock med att flera nyckelpersoner i verksamheten, däribland verksamhetschefen blev sjukskrivna ungefär samtidigt varpå en tf verksamhetschef behövde anställas och fick oplanerat överta ansvaret för verksamheten. Inledningsvis behövde den nya verksamhetschefen ägna sig åt att skapa flera grundläggande strukturer och kunde först senare under hösten påvisa hur verksamheten stabiliserats. Under året har verksamheten även präglats av nya digital system och verktyg och det har tidvis uppstått svårigheter i kontakten med ifrån Alingsås kommun. Nu är 2024 till ända och vi tar nya tag inför 2025.

2. Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete. Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna på myndighet, äldreomsorg och funktionsstöd.

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse vars syfte är att tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Enligt Socialstyrelsen är det övergripande målet med patientsäkerhetsarbete att ingen ska drabbas av en vårdskada. Visionen med patientsäkerhetsarbete är ”god och säker vård överallt och alltid”.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller beskrivning över hur vårdgivaren arbetat för att identifiera, analysera och minimera riskerna i vården, hur vårdpersonal bidragit till patientsäkerhet, hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats samt redogörelse för resultat som uppnåtts under föregående år.

Privata utförare inom hemtjänst (LOV) och särskilt boende (LOU) ska redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs i en egen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun senast 2025-01-24.

För år 2024 presenteras kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i en gemensam berättelse. Innehållet bygger bland annat på övergripande uppföljningar på verksamhets- och avdelningsnivå och analys utifrån inkomna rapporter samt kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger.

3. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

3.1 Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi på Bräcke diakoni 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.

3.2 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.

4. Identifierade utvecklingsområden 2024

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2024 på följande kvalitetsmål och strategier:

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Klar senast	Måluppfyllelse
Diakoni i praktiken	Bemötande 100%	Andel svar i brukarundersökningen	Diskussioner på APT och under reflektioner	2024-05-01	100%
Diakoni i praktiken	90 % Förtroende för hemtjänst	Andel svar i brukarundersökningen	Fråga kunder och ta upp det som kommer fram på APT	2024-09-01	97%
Tillit och lärande	HLR utb alla månadsanställda	Antal personal som gått utb	Boka utb	2024-12-01	0%

Under året har verksamheten stått inför flera utmaningar, där bland annat nyckelpersoner, såsom verksamhetschef och samordnare blev sjukskrivna under våren. En tf verksamhetschef anställdes och arbetade kvar året ut. Rekrytering av ny verksamhetschef försvårades av att driftområdeschefen avslutade sin tjänst under hösten.

5. 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.

5.1 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.

5.2 Tillitsbaserad styrning

Bräcke diakoni arbetar med 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.

5.3 Stärka analys, lärande och utveckling

Under 2024 har arbetet med att utveckla månatliga kvalitetsuppföljningar av mål och indikatorer för verksamheterna tillsammans med kvalitetsavdelningen fortsatt. Syftet med kvalitetsuppföljningar 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.

5.4 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:

5.5 Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för informationsöverföring och kunskapsspridning från ledning och stödfunktioner till verksamhetschefer. Mötesplatsen är både ett sätt för chefer och stödfunktioner att lyssna in verksamheternas situation och behov samt att sprida information om aktuella nyheter och händelser inom stiftelsen. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patientsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter och annan omvärldsbevakning.

5.6 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.

5.7 Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetsätt 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.

6. Måluppfyllelse och resultat

I detta avsnitt redovisas en samlad analys av verksamhetens egenkontroll utifrån de områden som nämndens kvalitetskrav innefattar; självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet.

Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas i följande bild.

Brukarens bedömning	Nämndens egen bedömning	Nationell och regional bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Brukarundersökningar • Synpunkter och klagomål 	<ul style="list-style-type: none"> • Mål- och resultatstyrning och internkontroll • Kritiska verksamhetsfaktorer • Årlig granskning av kvalitetskrav • Lex Sarah och avvikelser • Andra interna mätningar och kontroller 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationella jämförelser, exempelvis: • Kommunens kvalitet i korthet • Öppna jämförelser • Kommun och enhetsundersökning • Externa tillsyner och granskningar

6.1. Självbestämmande och integritet

Verksamheten baseras på vårdtagarens självbestämmande, integritet, delaktighet och alltid med Individens behov i centrum. I detta arbete är genomförandeplanen (GP) ett grundläggande dokument som verksamheten arbetar mycket aktivt med. Verksamheten har ett genomförandeplans ombud vars uppgift har varit/ är att löpande och strukturerat se över samtliga vårdtagares genomförandeplaner, kontrollerar att GP är uppdaterade, håller i möten och utbildningar r/t området, informerar och instruerar ny personal om arbetsätt och hur man

praktiskt går tillväga. GP ombudet felanmäler vid digitala problem samt informerar vid förändringar etc, på APT och övriga mötesforum.

6.2. Helhetssyn och samordning

- Teamsamverkan, hemtjänst Alingsås strävar efter att upprätthålla en återkommande teamsamverkan där kommunens sjuksköterska och rehabpersonal bjuds in. Även bistånd och nattpatrull bjuds in. Tyvärr har inte samtliga inbjudna deltagit i tillräcklig utsträckning vilket återspeglas i en haltande helhetssyn kring kunderna.
- SIP, Bräcke hemtjänst deltar i de SIP:ar som vi bjuds in till.
- Fast omsorgskontakt (FOK) för att förbättra samordningen runt den enskilde kunden. FOK är ett område som vi arbetat med aktivt under hösten Exempelvis är medarbetarna indelade i tre nya geografiska områden från december för att på detta sätt öka kontinuiteten, vilket vi bland annat uppfattar kommer leda till att bättre samordning runt kunderna. Medför ett nytt arbetssätt som löpande kommer att utvärderas under 2024.

6.3. Trygghet och säkerhet

- Sekretess klassade dokument, pärmar och handlingar förvaras i inlåst skåp. Finns också 3 brandsäkra kassaskåp för förvaring (2 mindre och ett större).
- Nycklar till vårdtagare förvaras i inlåsta, brandsäkra kassaskåp på enheten

6.4. Kunskapsbaserad verksamhet

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

- Introduktionsutbildning för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer tar särskilt upp frågor kring systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Internutbildningar erbjuds alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Interna webbutbildningar med kunskapstester inom AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik samt miljö och hållbarhet.
- Vissa verksamheter erbjuder även interna utbildningstillfällen till den egna och övriga verksamheter inom Bräcke diakoni.

- Externa utbildningar används för i verksamheternas kompetensutvecklingsinsatser. Exempel är utbildningar från Demenscentrum, Socialstyrelsen och Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA).

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

- Verksamheten har under 2024 deltagit i kompetensförsörjnings projektet ULV- Undersköterskelyftet i Väst.
- Två medarbetare går Äldre omsorgslyftet och utbildar sig till undersköterska på betald arbetstid.
- Värdegrunds utbildning. Workshops och planeringsdagar, med fokus på värdegrund, bemötande och jämställdhetsperspektivet.
- Utbildning i Lågaffektivt bemötande.
- Kurser i digitala system: Combine, Medvind, TES och Carefox.
- Hygienutbildning. Utbildning i basala hygienrutiner, genomgång av lagar, rutiner och riktlinjer inom hygienområdet.
- Brandinspektion av lokalerna med brandinspektör från Presto.

6.5. Tillgänglighet

- Hemtjänsten har telefontid mellan kl 8-10, samt kl 13-15, måndag till fredag. Samordnare går att nås mellan kl 07.00 och 22.00 per sms, mail samt går att lämna meddelande på samordnarmobil. Tf Verksamhetschef har varit nåbar per telefon och mail, samt sms mellan kl 07.00- 16.00 måndag till fredag.
- För att säkerställa att personal alltid kan söka stöd hos en överordnad finns det inom stiftelsen alltid en sk chef i beredskap. Chef i beredskap finns tillgänglig för personal att kontakta vid akut behov av arbetsledning utöver verksamhetens kontorstider.
- Brukarundersökningen –"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" visade på gott resultat gällande tillgänglighet, bemötande och kundnöjdhet.

7. Säker vård och omsorg

7.1. 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.

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 storskaliga kriser som kan påverka oss, risk för angrepp och haverier inom IT och risk för bedrägerier och brott. Riskerna i vår omvärld identifieras och analyseras initialt på organisationsnivå och förs sedan över till de verksamheter som bedöms beröras.

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.

Egenkontroll

Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen, och verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I 5 av årets kvalitetsdialoger har det även deltagit en patientrepresentant från Forum Spetspatient, en organisation med syfte att stimulera och stötta samhällets omställning från vård till hälsa med ett tydligt patient- och närståendeperspektiv¹. Dialogen utgår från föreskriften för ledningssystem (SOSFS 2011:9) och synliggör verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sju olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens, samskapande och samverkan samt hållbarhet och miljö. Den blir också ett mått på kvalitets- och patientsäkerhetskulturen genom att verksamhetens kvalitetsmognad gemensamt bedöms utifrån en 3-gradig skala. Genom sitt aktiva fokus på patientsäkerhet och mått på kvalitetsmognad överlappar den delvis säkerhetskulturtrappan A-E, vilket är ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetskultur². Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling; under 2024 framkom behov av simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot- och våld och brandsäkerhet. Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftledning och driftområdesledning för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutveckling. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 1.

¹ [Forum Spetspatient](#)

² [Säkerhetskulturtrappan A-E](#)



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

Avvikelsehantering

Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

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

Lex Maria

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

Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför det hände och vad som behöver göras för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård

och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

Klagomål och synpunkter

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

- Blanketten "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms
- Via formuläret [Tyck till](#) på vår hemsida

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

Förbättringsarbete

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

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

³ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

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

Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

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

Samskapande med brukare/patienter och närstående utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och dennes behov. Ett kontinuerligt arbete pågår för att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas. Samverkan inom Bräcke diakoni där bredden av verksamheter både möjliggör och kräver intern samverkan inom stiftelsen, mellan medarbetare och våra olika verksamheter.

Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare där vi t.ex. 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 under 2024 haft en patientrepresentant som deltagare i av våra kvalitetsdialoger. Som idéburen nationell aktör är/har vi varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser, programråd och referensgrupper.

Forskningssamverkan 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.

Samverkan med Alingsås kommun

- Det föreligger brister i samverkan och kommunikation med Alingsås kommun. Det har frekvent förekommit svårigheter för samordnare och tf verksamhetschef att nå myndighetspersoner, stödfunktioner och ledningsfunktioner i kommunen, eller tar mycket lång tid att få återkoppling, som ibland helt har uteblivit. Detta har vid flertalet tillfällen och löpande, markant försvårat för hemtjänsten att utföra hemtjänstuppdraget.
- Det har flertalet gånger under 2024 förekommit att tf verksamhetschef och samordnare inte fått viktiga mail gällande kommunens verksamhetsförändringar såsom förändringar i

verksamhetssystem, faktureringsystem, digitala system etc, vilket lett till att verksamheten inte haft samma möjligheter som övriga och kommunala hemtjänstaktörer som fått dessa mail. På frågan om hur detta kunnat ske, svarar Alingsås kommun att man antingen glömt att lägga till Bräcke hemtjänst på maillistan eller att de har stavat fel på Tf verksamhetschefs efternamn och då har mailen inte hamnat rätt. Likabehandlingsprincipen som kommunen skall utgå ifrån har här åsidosatts.

8. Egenkontroll

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

8.1. Kvalitetsregister

BPSD

- Kvalitetsregistrerar när vi har kunder med demenssjukdom etc. Kommer att arbeta mer aktivt med detta under året då det är ett fokusområde för 2025.

Senior Alert

- Använder mätinstrument och register i verksamheten frekvent på uppdrag av hemsjukvårdens sjuksköterskor som vi samarbetar aktivt med inom området.

Vårdhygienregister:

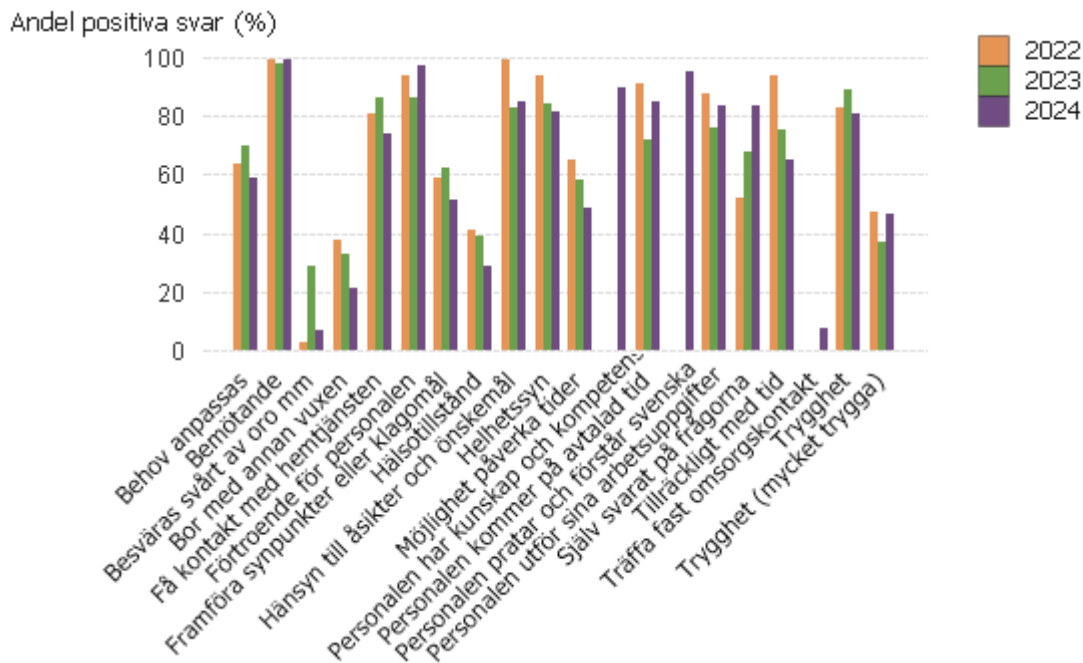
- Hygienmätningar registreras digitalt i Vårdhygiens register. Hygienombud, chef och samordnare har deltagit på möten r/t vårdhygien.

IBIC

- Hemtjänsten arbetar enligt IBIC och har dessa kriterier i fokus i kundarbetet. (Individens Behov I Centrum). Vid journaldokumentation baseras sökorden på dessa kriterier.

8.2. Öppna jämförelser

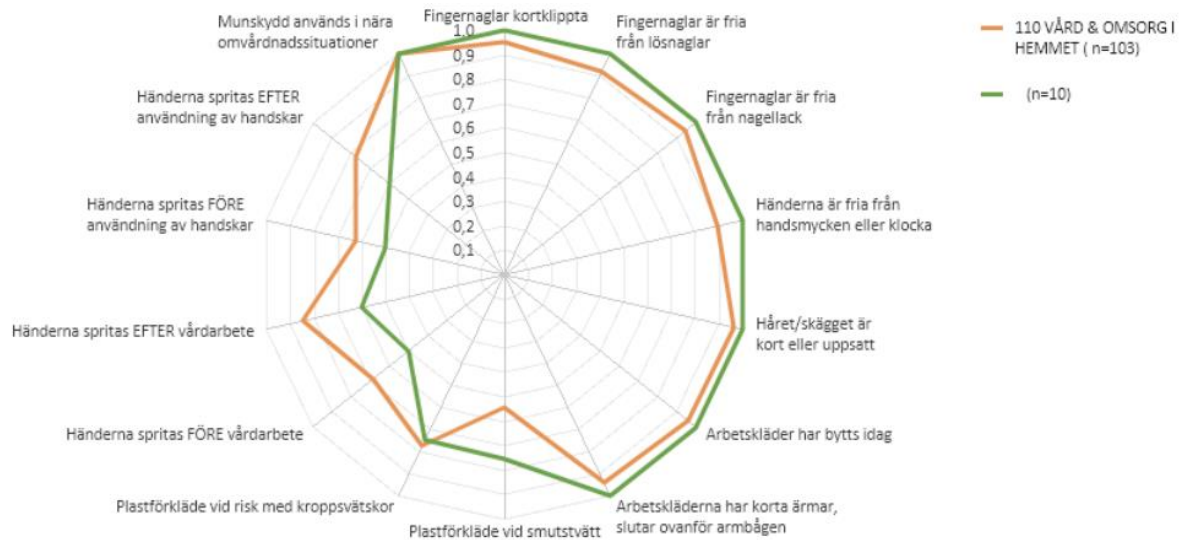
Socialstyrelsens nationella brukarundersökning



Figur 2. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2024 samt jämförelser med föregående år. Datakälla: kolada.se

- Verksamhetens mål är att alltid arbeta behovsanpassat, med helhetssyn och alltid med kundens integritet, autonomi och trygghet i centrum. Här ser vi goda resultat och får återkommande beröm och får till oss från kunderna att de är nöjda med våra insatser.
- Gällande fast omsorgskontakt, är detta ett fokusområde verksamheten arbetat aktivt med under hösten 2024. Sedan december 2024 är medarbetarna indelade in tre nya geografiska områden för att på detta sätt öka kontinuiteten, vilket kommer leda till att kunderna mer frekvent får träffa FOK.
- Nya grundschema baserade på 11 timmars dygnsvila, implementerades i slutet av 2024 och kommer att utvärderas löpande.
- Verksamhetens mål är att anställa utbildade undersköterskor med skyddad yrkestitel för att ytterligare stärka kompetensen i teamet. Då Alingsås kommun kommer att påbörja differentiering den 1 april 2025 har detta varit än viktigare att beakta vid rekryteringar.

8.3. Vårdhygien



Figur 3. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2024 och driftområdets resultat för hela 2024.

- Verksamheten har utfört två hygienmätningar under 2024. Resultatet påvisade att följsamheten är ok och att medarbetarna, i stort följer de basala hygienrutinerna.
- För att säkerställa medarbetarnas följsamhet till basala hygienföreskrifter, utfördes flertalet hygienmätningar ute i verksamhetsarbetet utöver de fem som verksamheten var ålagda att utföra.
- Samtliga medarbetare har utfört digital Hygienutbildning och lämnat in diplom att det är genomfört. Medarbetarna har också skrivit ett teoretiskt prov vid APT, vilket påvisade goda resultat och måluppfyllelse.

Metod för mätning: Observationerna utfördes vid patientnära arbete exempelvis omvårdnad i ens hemmiljö. Observatörerna var hygienombud, och väl förtrogna med Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.

Mätinstruktioner: Observationerna utfördes vid patientnära i kundens ordinära boende miljö. Korrekt bedömning av basala hygienrutiner innebär att:

Desinfektion av händerna med handdesinfektionsmedel skall utföras direkt före och direkt efter patientnära arbete samt före och efter användning av handskar. Handskar ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handskar byts mellan arbete med olika kunder samt mellan olika arbetsmoment hos samma kund. Engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock skall användas: om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

8.4. Dokumentationsgranskning

Våren 2024

Under våren 2024 utfördes dokumentationsgranskning med gott resultat. Tio journaler granskades och mallar samt handlingsplaner ifylldes. Med fokus på att dokumentationen innehöll väsentlig information av betydelse för det fortsatta arbetet som visade hur situationen för den enskilde utvecklats över tid. Dokumentationen var saklig, byggde på ett korrekt underlag och det framgick också vem som hade lämnat uppgifterna och när. Den var tydlig, objektiv och språket var lätt att förstå. Fri från nedsättande formuleringar, och var respektfull med hänsyn till den enskildes integritet.

Hösten 2024

November 2024 fick tillförordnad verksamhetschef ett mail där det framgick att Projektansvarig för IBIC tillika dokumentationsansvarig i Alingsås kommun hade glömt att lägga till de externa hemtjänst leverantörerna i det mail hon skickat ut ca två månader tidigare med instruktioner gällande dokumentationsgranskningen. Detta innebar att deadline då var passerad för inlämning vilket projektledaren per mail, bad om ursäkt för.

Därav är det ingen dokumentationsgranskning inlämnad under hösten 2024.

9. Informationssäkerhet

Under 2024 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
- Fortsatt sprida information om utbildningar inom informationssäkerhet för medarbetare och chefer
- Samverkat med IT-krisledningen i frågor om IT-säkerhet

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från driftledningen, kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Under året har informationssäkerhetsrådet slagit samman med stiftelsen IT-krisledning för att samordna informationssäkerhetsarbetet med IT-säkerhetsarbetet, detta som en konsekvens av det ökade IT-säkerhetshotet i omvärlden. Rådet har därigenom också utökats med en medarbetare från kommunikationsavdelningen.

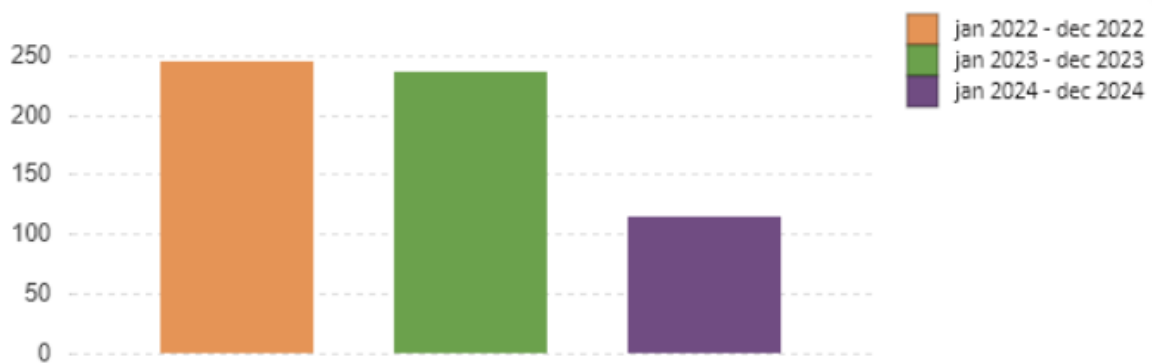
Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- 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

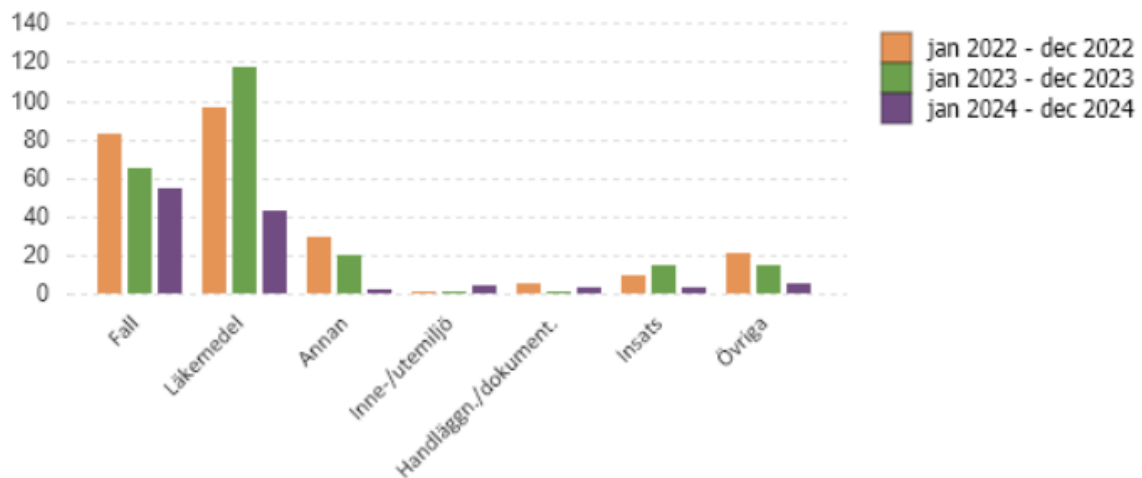
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd
- Träffats för möten 6 gånger under året
- Krypterar mail av känslig art r/t sekretess- och integritetsskäl, endast behöriga.

10. Redovisning av avvikelser utifrån avvikelsetyp

Antal avvikelser (rullande 12-månader)

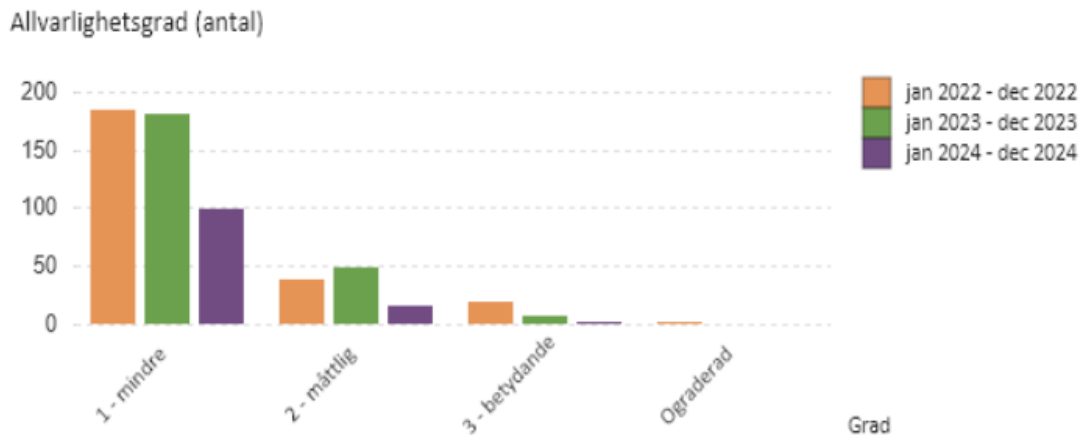


Antal avvikelser per typ



Figur 4. Antal avvikelser totalt och per typ för 2024 samt förändringen mot tidigare år.

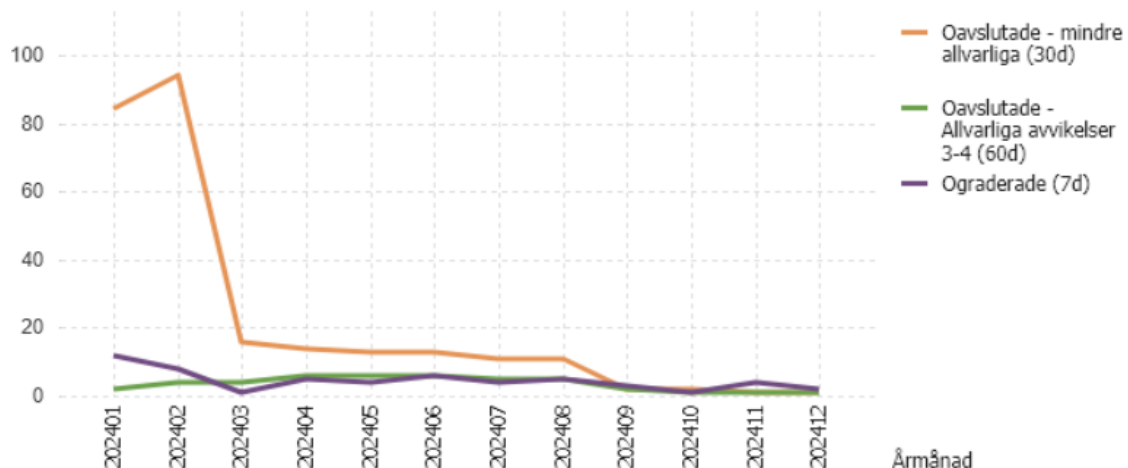
- Medarbetare uppmuntras att skriva avvikelser och flertalet skriver löpande när något inträffar. Dock behöver samordnare och tf verksamhetschef påminna och löpande fortsätta dialogen på morgonmöten, APM och APT för att ytterligare öka och upprätthålla följsamheten.
- Rapporterade tillbud, risker och händelser utreds i första hand av verksamhetschef och om behov finnes av internutredning o/e kvalitetsavdelningen som SAS eller MAS. Målet är att samtliga avvikelser graderas och utreds skyndsamt. Målet är att avvikelser skall återkopplas till rapportör och övriga inblandade ex sjuksköterska o/e rehab personal i kommunal regi, och vara en punkt på APT där beslutade åtgärder och orsaker kan diskuteras vidare.
- Vid mer allvarliga avvikelser rapporteras de vidare för ställningstagande till händelseanalys eller utredning. Strävan vid allvarliga avvikelser eller vid ev anmälan är att återkoppla utredningen även till kunden själv samt dennes närstående. Det övergripande målet är en god säkerhetskultur, där syftet med avvikelshantering är att se på återkommande risker och problem, samt på detta sätt kunna identifiera trender och mönster, vilka vi kan åtgärda och därmed också uppnå en högre vårdtagsäkerhet.



Figur 5. Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2024 samt förändringen mot tidigare år.

- Medarbetarna uppmuntras att skriva avvikelser med målet är alltid att gradera och utreda skyndsamt. Varför antalet avvikelser gått ner är svårt sia om. Det pågår löpande dialog om vikten av att skriva avvikelser för att på detta sätt se på vilka eventuella brister som finns eller vilka behov kund har av mer hjälp och stödinsatser mm, bland annat vid upprepade fall, där fallrisk föreligger och det finns behov av fall preventioner.
- Hemtjänsten har löpande dialog med Alingsås kommuns hemsjukvård och rehabpersonal som har HSL ansvar. Samverkan sker också på APT där ssk och rehab personal frekvent deltar för att löpande gå igenom vårdtagarärenden etc.
- Tf verksamhetschef i hemtjänsten är ansvarig för att utreda Alingsås kommuns nattavvikelser vilket inte är helt oproblemiskt.

10.1. Andelen utredda avvikelser



Figur 6. Per månad under 2024; antal oavslutade mindre allvarliga avvikelser, antal oavslutade allvarliga avvikelser och antal avvikelser som inte graderats inom 7 dagar

I början av året fanns ett flertal oavslutade avvikelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 vilka inte hade avslutats inom 30 dagar vilket kom sig av att dåvarande verksamhetschef var överbelastad och senare blev sjukskriven. Verksamheten fick då stöd ifrån stiftelsen att hantera sina oavslutade avvikelser och det återstod ett mindre antal för den tf chef som tillträdde att hantera. Det syns också i diagrammet som det orangea strecket. Antalet oavslutade avvikelser har därefter fortsatt att minska och har sedan i höstas hanterats i enlighet med Bräcke diakonis rutiner.

10.2. Utredning av allvarliga missförhållanden/ påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, lex Sarah

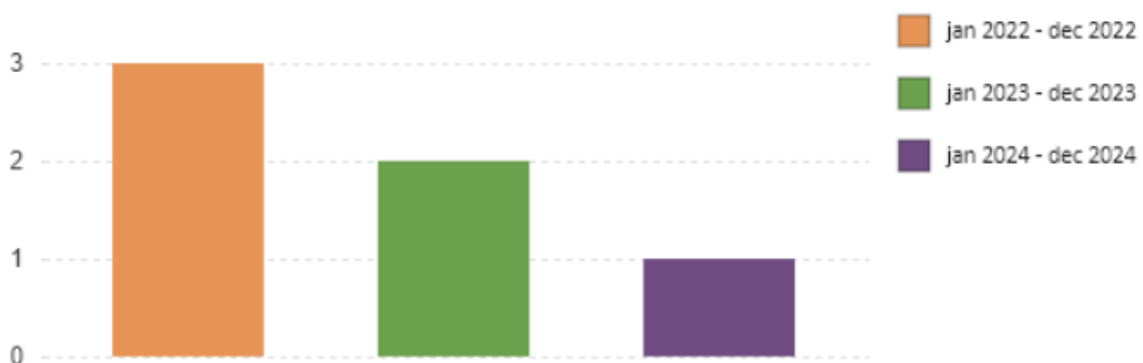
Under 2024 har det inte inträffat någon händelse som utretts inom ramen för lex Sarah bestämmelserna.

10.3. Utredning av allvarliga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, lex Maria

Det har inte inträffat någon händelse som utretts som en lex Maria.

10.4. Synpunkter och klagomål

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Figur 7. Antal inkomna synpunkter under 2024 samt förändringen mot tidigare år.

Det har inkommit ett klagomål under 2024 gällande att hemtjänstpersonalen uppmanas att hålla gällande hastighetsbegränsning när de kör bil i tjänsten och besöker vårdtagare.

11. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Mått	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Diakoni i praktiken	Bättre bemötande	Brukarundersökning	Ta in diakon eller organisationskonsult	Verksamhetschef	2025-12-31
Tillit och lärande	Bättre kunskap om demens och bemötande av demenssjuka	Andel demensombud	Utse och utbilda demensombud	Verksamhetschef	2025-12-31
Tillit och lärande	Bättre kunskap om psykiska diagnoser	Andel medarbetare som deltagit i utbildning	Utbilda och fortsätta på Det lågaffektiva spåret vi påbörjat	Verksamhetschef	2025-12-31
Stolta och engagerade medarbetare	Bättre kunskaper om jämställdhet/ lika-behandling	Medarbetarundersökning	Ta in diakon eller organisationskonsult	Verksamhetschef	2025-12-31
Stolta och engagerade medarbetare	Goda kunskaper i HLR	Andel medarbetare som gått utb	HLR utbildning	Verksamhetschef	2025-06-30
Stolta och engagerade medarbetare	Goda kunskaper i brandskydd	Andel medarbetare som gått utb	Brandutbildning (släck)	Verksamhetschef	2025-06-30