

Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2025



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2	Kunskap och kompetens	9
Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	3	Speranza Akademi	10
Grundläggande förutsättningar för god och säker vård och omsorg.....	3	Forskningssamverkan	10
En god förbättrings- och säkerhetskultur	3	Bräcke Innovation	10
Organisation och ansvar	4	Samskapande och samverkan	11
Engagerad ledning och tydlig styrning	4	Informationssäkerhet	12
Strategier och arbetssätt	5	Hållbarhet	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	5	Miljö	12
Säker vård och omsorg här och nu	5	Socialt ansvar	13
Övergripande mål och strategier.....	5	Styrning	13
Fokusområden	5	Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete	14
Tillitsbaserad styrning	6	Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2025	14
Samsyn och gemensam kunskapsutveckling	6	Systematiskt förbättringsarbete i Förbättringskraft	15
Systematiskt förbättringsarbete	7	Kvalitetsdialog	15
Riskanalyser	7	Avvikelser	15
Egenkontroll	7	Synpunkter och klagomål	18
Avvikelsehantering.....	8	Patienters och brukares upplevelse av våra insatser	18
Klagomål och synpunkter.....	9	Stiftelseövergripande strategier och handlingsplan	20
Förbättringsarbete	9		

Sammanfattning

I denna berättelse beskriver vi vårt samlade arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vårt arbete för en god kvalitet sker utifrån ett processororienterat arbetssätt, där vi aktivt arbetar samskapande med individen i centrum.

Under året har vår plattform för systematiskt kvalitetsarbete, Förbättringskraft, vidareutvecklats och de interna processledarna har gemensamt deltagit i att utveckla modellen. Teamen skapar lärande med hjälp av mätbara förbättringar och ökar värdet för dem vi är till för, för våra medarbetare och för våra gemensamma resurser. För att öka effektiviteten och förbättra samverkan mellan stödfunktionerna har även ett antal förväntanssynkar genomförts.

Vidare så har Patient- och brukarsäkerhetsrådets (PBSR) arbete fortsatt och arbetssättet har också presenterats på Socialstyrelsens Patientsäkerhetskonferens. Kvalitetsavdelningen är fortsatt representerade i samtliga områdesledningsgrupper samt i vård- och omsorgsledningsgruppen vilket är ytterligare ett sätt för att öka samverkan samt synliggöra och stärka arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2025 har vi fortsatt implementeringen av kvalitetsuppföljningar på verksamhetsnivå. Ett utvecklingsarbete av arbetssätt för inrapportering och visualisering av kvalitetsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal har påbörjats och detta arbete kommer fortsätta under nästkommande år.

När det gäller avvikelserapportering så har antalet avvikelser minskat något under året. Vi ser en variation i antalet mindre och måttligt allvarliga avvikelser inom alla områden samtidigt som antalet med betydande allvarlighetsgrad fortsatt ligger på en låg nivå.

Bräcke diakoni har under året även utvecklat sina samarbeten med universitet och högskolor för att bättre kunna bidra till en kunskapsbaserad vård och omsorg. Här finns projekt kring teambaserat lärande, styrning och ledning samt anhörigperspektivet vid inflyttning till äldreboenden. Samtidigt har vårt innovationsarbete ökat för att bättre kunna bemöta samhällets behov av nya former för vård stöd och omsorg.

Under 2026 kommer kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utöver ovan nämnda områden, även att fokusera på att:

- Synliggöra avvikelser vid vård- och omsorgens övergångar från fler källor än tidigare
- På ett patient- och brukarsäkert sätt nyttja digitaliseringens och välfärdsteknikens möjligheter.
- Öka antal registrerade synpunkter
- Tydliggöra PBSR:s medverkan i Stiftelsens beredskapsarbete

Avslutningsvis kan nämnas att vi under 2025 har fortsatt arbetet med att förbättra Stiftelsens IT-säkerhet. Under 2026 kommer vi att arbeta vidare med hur vi på ett patient- och brukarsäkert sätt kan förbättra våra befintliga stödsystem och nyttja möjligheter med AI genom att delta i Svea, ett nationellt projekt som tar fram en AI-assistent för svensk offentlig sektor.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Grundläggande förutsättningar för god och 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. Till oss är alla välkomna, oavsett tro och livsåskådning. Allt vi gör utgår från vår gemensamma värdegrund: Viljan att se och kraften att förändra.

Bräcke diakoni erbjuder vård och omsorg inom bland annat äldreomsorg, palliativ vård, primärvård, rehabilitering, habilitering och stöd till personer med funktionsnedsättningar. Verksamheterna bedrivs både som öppenvård, daglig verksamhet, mottagningar, slutenvård, rehabilitering och boenden. Våra 40-tal verksamheter bedrivs på uppdrag av fyra regioner och ett 30-tal kommuner. Våra välfärdsinnovationer för personer med psykisk ohälsa (TrUSt), funktionsnedsättningar (RättVisat) och äldre anhöriga (I nöd och lust) används i över 200 kommuner och de flesta regioner runt om i landet.

Denna berättelse utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)¹, patientsäkerhetslagen (2010:659)², hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)³, socialtjänstlagen (2001:453 och 2025:400 (SoL)⁴, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁵ samt krav på det systematiska kvalitetsarbetet inom skola och förskola enligt Skollagen (2010:800)⁶. Den följer också Sveriges kommuner och regioners (SKR) mall för patientsäkerhetsberättelser⁷ och beskriver vårt samlade arbete för att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns till för.

¹ [SOSFS 2011:9](#)

² [SFS 2010:659](#)

³ [SFS 2017:30](#)

⁴ [Socialtjänstlag \(2025:400\) | Sveriges riksdag](#)

⁵ [SFS 1993:387](#)

Bräcke diakonis sammanhållna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse syftar till att sammanställa, redovisa och analysera årets kvalitetsarbete på organisationsnivå. Den utgör således även organisationens dokumenterade och samlade kvalitetsbokslut. Bräcke diakonis kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse har tagits fram av kvalitetsavdelningen och förankrats i Stiftelsens ledning och styrelse.

En god förbättrings- och 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 med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet-, patient- och brukarsäkerhet. Arbetet med riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar grundstrukturen för detta förbättringsarbete. Lärande sker utifrån den egna verksamhetens resultat och förebyggande riskhanteringsarbete samt genom hantering av brister genom egenkontroll, synpunkter och avvikelser. Bräcke diakoni har utvecklat en plattform för det systematiska förbättringsarbetet som kallas Förbättringskraft. Förbättringskraft ger medarbetare och ledningsgrupper på alla nivåer verktyg, metoder och sammanhang för att utveckla verksamhetens kvalitet.

⁶ [SFS 2010:800](#)

⁷ [SKR Patientsäkerhetsberättelse](#)

Organisation och ansvar

Engagerad ledning och tydlig styrning

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman och vårdgivare. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för organisationen.

Från och med 1 september 2025 har Stiftelsen genomfört en organisationsförändring med syftet att ledning och stödfunktioner ska kunna jobba närmare verksamheterna. Stiftelsen är numera uppdelad i två verksamhetsområden som har varsin ledningsgrupp. De nya verksamhetsområdena är Vård & Omsorg samt Fastighet & Hotell. Vård- och omsorgschefen ansvarar nu även för stödfunktionen Valfärdsutveckling och fastighetschefen får ett ännu tydligare ansvar för Fastighetsutveckling. Den tidigare ekonomiavdelningen blir en Finansavdelning och en finanschef tillsätts.

Ledningsgruppen består sedan omorganisering av direktor, vård- och omsorgschef, finanschef, HR-chef, utvecklingschef, fastighetschef samt kommunikationschef. Verksamhetsområdet Vård & Omsorg är i sin tur uppdelad i fem områden: 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 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, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Kvalitetsavdelningen omorganiserades under slutet av 2025, tidigare leddes avdelningen av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp. Sedan den 1 december 2025 leds Kvalitetsavdelningen av en kvalitetschef som rapporterar till utvecklingschef.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud och ett hygienombud som stödjer verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet.

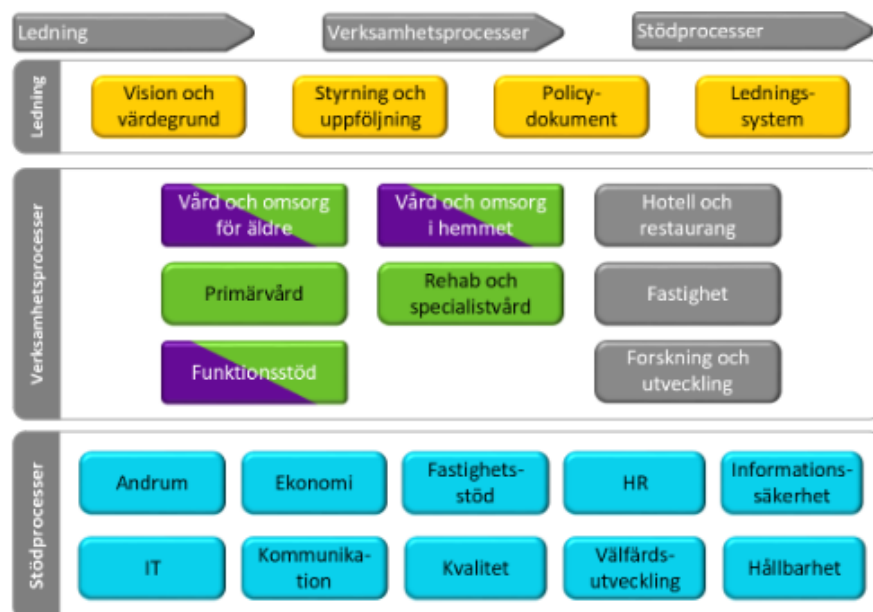
I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att följa upp det dagliga omvårdnadsarbetet, utföra riskbedömningar, genomföra nödvändiga insatser samt utvärdera dessa.

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

Strategier och arbetssätt

Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbetet mot hög kvalitet, god och säker vård och omsorg 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 (Fig. 1). Styrdokument och policys utgör grunden för ledningssystemet och säkerställer att vårt uppdrag utförs på ett sådant sätt att överenskommen omfattning och kvalitet uppnås och upprätthålls. Utifrån de övergripande styrdokumenterna utvecklar och dokumenterar verksamheterna sina processer med hänsyn till respektive verksamhets behov och krav. Liknande verksamheter tar fram gemensamma processer för att främja lärande tvärs genom organisationen.



Figur 1. Startside för Bräcke diakonis processororienterade ledningssystem.

Ledningssystemet kompletteras av en analysplattform som vi kallar för Kvalitetsanalys där verksamhetsdata synliggörs interaktivt och med transparens inom hela Stiftelsen. 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 oönskad 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 anpassa verksamheterna efter nya förutsättningar. För att varje verksamhet ska uppmärksamma de områden där det finns behov av att öva eller förbereda sig 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. Som steg i vårt barnrättsarbete ställer vi även frågor om verksamheternas arbete med att anmäla oro för att barn far illa till socialtjänsten i kvalitetsdialogen och kan på det viset synliggöra vårt arbete med att säkra att inget barn fara illa. 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

Stiftelsen har en strategi att skapa tvärgående strukturer och arbetssätt för att bygga en tydlig och effektiv organisation med fokus på samsyn, kunskapsutveckling och tillitsbaserad styrning och lärande. Genom att verksamhetscheferna analyserar årets resultat och tar fram mål och strategier för verksamhetens utvecklingsarbete för kommande år, kan områdescheferna ta fram områdets handlingsplaner utifrån verksamheternas mål och strategier, dessa handlingsplaner ligger tillsammans med handlingsplanen från Patient- och brukarsäkerhetsrådet till grund för Stiftelsens mål och strategier vilka beslutas av ledningsgruppen och styrelsen.

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 ta *ansvar för våra gemensamma resurser* så att vi får ut högsta möjliga kvalitet ur det vi gör.

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.

Under 2025 har arbetet med att utveckla uppföljningar av kvalitetsmål, avtalskrav och kvalitetsindikatorer för verksamheterna fortsatt. Implementering av kvalitetsuppföljningar pågår inom alla områden. Att följa upp resultat tillsammans ger möjlighet till fördjupad analys och lärande. Kvalitetsavdelningen deltar även regelbundet i områdesledningsgrupperna, för att fånga upp verksamheternas behov av stöd och för att lyfta frågor som berör patient- och brukarsäkerhet. Detta ökar förståelse, gemensamt ägande och ger möjlighet till lärande.

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:

Bräcke forum

Bräcke forum är en digital mötesplats för informationsöverföring och kunskaps-spridning från ledning och stödfunktioner till verksamhetschefer. Här finns möjlighet att förmedla information om ämnen som påverkar patient- och brukarsäkerhet, exempelvis nya riktlinjer, information från myndigheter och annan omvärldsbevakning. Mötesplatsen är även ett sätt att lyssna in verksamheternas situation och behov.

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 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 vård och omsorgschef och utvecklingschef och stärker patient- och brukarsäkerhetskulturen.

Förväntanssynk

Förväntanssynk är ett arbetssätt som syftar till att bryta stuprörsstrukturer 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 del av vår gemensamma kunskapsutveckling.

Systematiskt förbättringsarbete

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 uppmärksamma och åtgärda.

Riskanalyser

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att vi ständigt försöker stärka trygghet och säkerhet för dem vi finns till för, även om förutsättningarna runt oss förändras. Vi arbetar kontinuerligt med att uppmärksamma fel och brister i organisationen för att stimulera och främja lärande av det som inträffar samtidigt som vi försöker förebygga brister genom att vara riskmedvetna och ligga steget före innan något allvarligt inträffar. När vi identifierat risker skapar vi handlingsplaner och vidtar åtgärder som vi följer upp och kan på så vis eliminera alternativt minska riskerna.

Arbetet med riskanalyser genomförs på olika nivåer i organisationen och de bedöms och hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner. Samtliga analyser dokumenteras, flertalet 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, IT-attacker och förhöjd terrornivå. 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 för att identifiera, gradera och analysera risker och därigenom försöka förebygga allvarliga händelser och skador.

På individnivå används kvalitetsregister och andra typer av strukturerade mallar, men vissa verksamheter har även utformat egna mallar för riskanalyser på individnivå när standardiserade mallar saknas. Riskbedömningen dokumenteras i den enskilde personens journal.

På verksamhetsnivå genomförs riskanalyser vid situationer såsom upprepade 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 föregående årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs i mitten av året. I kvalitetsdialogen deltar kvalitetsavdelningen, verksamhetschef, kvalitetsombud samt andra utvalda medarbetare från verksamheten. I fem 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 brukare-, patient- och närståendeperspektiv⁸.

Kvalitetsdialogen utgår från ledningssystemsföreskriften (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. Utöver skattningen kartläggs även behov av utveckling som under 2025 handlade om simulering av situationer kopplat till brukar- och patientsäkerheten såsom HLR, hot och våld och brandsäkerhet.

⁸ [Forum Spetspatient](#)



Figur 2. Kvalitetsårshjulet

Dialogen dokumenteras och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till vård- och omsorgsledning och områdesledning för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutveckling. På detta sätt skapas en strukturerad dialog kring det systematiska kvalitets- och patient/brukarsäkerhetsarbetet, se Figur 2.

Kvalitetsanalys - en analysplattform i Qlikview

Bräcke diakoni använder en analysplattform, Kvalitetsanalys i Qlikview, som ett viktigt verktyg för egenkontroll. Kvalitetsanalys kopplar ihop befintliga datakällor i ett gränssnitt och ger verksamheterna kontroll över sina kvalitetsresultat, möjliggör benchmarking med andra liknande verksamheter inom organisationen och där det finns data, även med andra i landet. Kvalitetsanalys förenklar och bidrar till att fatta faktabaserade beslut och skapar ett driv för förbättringar i verksamheten. I Kvalitetsanalys finns i dag data från följande källor: avvikelser från två olika datakällor (DF Respons och Treserva), nationella brukar- och patientenkäter (Kolada, Nationell patientenkät), nationella kvalitetsregister (Senior alert, Svenska Palliativregistret), data från vår interna kvalitetsdialog, årliga mätningar på hygienkultur, vård- och omsorgshygien, egenkontroll av den sociala dokumentationen och våra strategiska fokusområden, se nedan.

Externa revisioner och granskningar

Under 2025 har flera av våra verksamheter rutinmässigt reviderats externt av beställare, främst genom avtalsuppföljningar. Vidare granskade Apoteket AB vår läkemedelshandling. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året även genomfört sin årliga frekvenstillsyn av vårt barn- och ungdomsboende. De externa revisionerna gav värdefulla insikter kring utvecklingsbehov och bidrar till att utveckla organisationens kultur för öppenhet och transparens.

Övriga datakällor

För att utveckla verksamheten använder Bräcke diakonis verksamheter information och data från följande källor:

Brukar-/patient-/kundundersökningar

- Socialstyrelsens och SKRs nationella undersökningar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet samt Nationella patientenkäten inom primärvården
- Specialpedagogiska skolmyndighetens (SPSM) nationella undersökningar
- Patientundersökningar i VGR för externa rehabiliteringsprogram

Nationella och regionala kvalitetsregister

- Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Luftvägsregistret, Nationella Diabetesregistret, Svenska Demensregistret, Primärvårdskvalitet, BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros), CPUP (för patienter med diagnos CP),
- STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens)
- Kvalitetsindikatorer i Primärvården
- KAN kartläggningar i [Capaboo](#) i Vård och omsorg för äldre

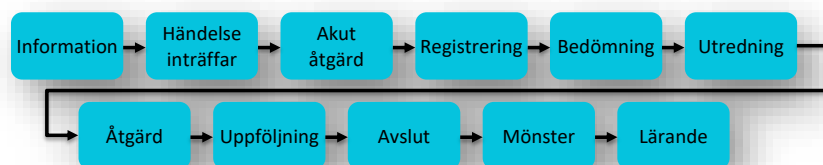
Avvikelsehantering

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 direkt åtgärda en händelse och/eller risk samt rapportera denna till närmsta chef om den medför allvarlig fara eller skada.

Alla avvikelser graderas och vid allvarliga avvikelser sker utredning genom en 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. Kvalitetsavdelningen sammanställer statistik från avvikelssystemen och hjälper verksamheterna att initiera utvecklingsinsatser för att minska och förebygga fel och brister. Sammanställningar och analyser av samtliga avvikelser hjälper verksamheten att se mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet, samt vidta åtgärder för att förhindra och förebygga att dessa inträffar igen.

Processen för avvikelshantering presenteras i ledningssystemet så här:



Lex Maria

Allvarliga avvikelser som kan innebära risk för vårdskada eller 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 IVO enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges 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 har 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 IVO enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt den enskilde.

⁹ [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

Klagomål och synpunkter

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 "Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, telefon, mejl 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 samt ett nätverk för processledare. 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*⁹ samt idéerna om en *offensiv kvalitetsutveckling och hörnstensmodellen*¹⁰.

Utifrån identifierade förbättringsområden i verksamheten tas handlingsplaner fram för en bestämd tidsperiod. Vid regelbundet återkommande förbättringsträffar 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 Stiftelsens fyra fokusområden. Medarbetare från olika delar av Stiftelsen utbildas till rollen som processledare och leder då teamens förbättringsprocess. På så sätt sprids förbättringskunskap inom organisationen. Förbättringskraft används i hela organisationen från operativa team i verksamheten till Stiftelsens högsta ledning.

¹⁰ [Bergman, B och B. Klefsjö: Kvalitet – från behov till användning.](#)

Kunskap och kompetens

Speranza Akademi

Varje verksamhet ansvarar för att anställa personal med den yrkeskompetens som uppdraget kräver, liksom att ge personalen den kompetensutveckling som behövs. Bräcke diakoni samlar alla kompetensutvecklingsinsatser i sin gemensamma plattform *Speranza Akademi*. 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 Alternativ och Kompletterande Kommunikation (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).

Forskningssamverkan

Bräcke diakoni är en kunskapsaktör som med forskning vill bidra till ett kunskapsbaserat och medmänskligare samhälle. Till hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre områden med inriktning mot idéburen välfärd:

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

Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola (MCHS) skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällesfrågor med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan

arrangerar vi årligen Marie Cederschiölddagen – en konferens där praktiken möter forskning och policy. Under 2025 hade Marie Cederschiöld-dagen temat ensamhet och bland medverkande fanns socialministern och generaldirektör för Folkhälsomyndigheten.

Inom ramen för samarbetet med MCHS pågår följande forskningsprojekt:

- Utveckling av en akademisk äldreomsorg med syftet att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling i verksamheten. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning.
- Strategisk ledning och styrning av medarbetare inom civilsamhället. Här utforskar vi alla nivåer i en organisation från enskilda medarbetares motiv för att välja en idéburen arbetsgivare till drivkrafter av högsta ledare och strukturer för strategisk styrning.
- Ett anhörigperspektiv vid inflyttning till boende. Tillsammans med MCHS, Ersta diakoni, två FoU-centra och ett flertal kommuner i Stockholmsområdet utvecklar vi ett anhörigstöd med utgångspunkt i de anhörigas egna berättelser. Projektet håller på att ta fram kunskap om anhörigas perspektiv under inflyttningsprocessen samt stödmaterial till både anhöriga, de äldre själva och personal inom äldreomsorgen.

Utöver MCHS har Bräcke diakoni ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), strategiskt ledarskap och styrning samt evidensbaserad praktik. Här kan särskilt nämnas en post-doc tjänst i samarbete med Göteborgs universitet med finansiering från Riksbankens jubileumsfond. Projektet fokuserar på teambaserat lärande och kunskapsöverföring inom primärvården.

Bräcke Innovation

Bräcke Innovation är Bräcke diakonis projekt- och utvecklingsavdelning. Vi arbetar med sociala innovationer och är en innovationshubb för nyskapande. Här fångar vi upp nya idéer både inom och utanför våra verksamheter om hur vi kan förbättra för de vi är till för.

Inom ramen för Bräcke Innovation driver vi projekt som tar fram digitala arbetssätt som t.ex. stöd för personer med kommunikationssvårigheter ([RättVisat](#)) eller personcentrerad dokumentation och uppföljning som bygger på ICF ([Capaboo](#)). Vi tar har också tagit fram studiecirkel och webbutbildningar för föräldrar med psykisk ohälsa eller NPF ([TrUSt](#)), stöd till äldre som vårdar sina anhöriga ([L nöd och lust](#)) eller stöd i samspelet mellan anhöriga, vuxna med psykisk ohälsa och professionella ([Trialog](#)). Vi samverkar kring idéburna innovationer med Famna och MCHS och kring praktikdrivna innovation inom psykiatri med bl.a Västra Götalandsregionen, Region Jönköpings län och Jönköping Academy.

Samskapande och samverkan

Samskapande är en central del i Bräcke diakonis arbete för kvalitet och patientsäkerhet och utgår från att patienter, brukare och närstående är aktiva medskapare i vård och omsorg. Genom att ta tillvara deras erfarenheter, kunskaper och perspektiv skapas bättre förutsättningar för en personcentrerad, trygg och säker vård och omsorg.

Samskapande sker på individnivå, verksamhetsnära nivå och strategisk nivå. På individnivå sker samskapande genom dialog, delaktighet och gemensam planering, där individens behov, resurser och mål ligger till grund för beslut om insatser och uppföljning. I det verksamhetsnära arbetet kommer samskapande till uttryck genom gemensamma målsättningar, delaktighet i beslut samt genom att synpunkter och erfarenheter används för att utveckla arbetssätt och förbättra kvaliteten. På strategisk nivå sker samskapande genom att patienter och brukare, eller deras representanter, deltar i kvalitetsdialoger och andra forum för lärande och utveckling.

Samverkan är en viktig förutsättning för en trygg och sammanhållen vård och omsorg. Inom Bräcke diakoni sker samverkan både internt, mellan våra olika verksamheter och professioner, och externt med andra vård- och omsorgsgivare, kommuner, regioner samt andra samhällsaktörer. Samverkan sker exempelvis vid vårdplanering i övergångar mellan aktörer, genom SIP samt i gemensamma utvecklings- och innovationsinsatser.

Genom samskapande och samverkan tar vi tillvara både professionens kompetens och den kunskap som de vi finns till för bidrar med. Det stärker delaktigheten, förbättrar kvaliteten och bidrar till ett långsiktigt och hållbart kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i hela organisationen.

Informationssäkerhet

Under 2025 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen (GDPR) 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.

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till GDPR finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från vård- och omsorgsledningen, kvalitets-, kommunikations-, HR-, ekonomi och IT-avdelningen. Informationssäkerhetsrådet utgör stiftelsens IT-krisledning och samordnar informationssäkerhetsarbetet och IT-säkerhetsarbetet, detta som en konsekvens av det ökade IT-säkerhetsshotet i omvärlden.

Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Stiftelsen.
- 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 organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Träffats för möten nio gånger under året.
- Rådet har också vid tio tillfällen haft kortare träffar med fokus på IT-säkerhet.

¹¹ [Voluntary reporting standard for SMEs \(VSME\)](#)

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 perspektiv 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. Hållbar utveckling främjas också av att all vinst återinvesteras i organisationen.

Vi skriver årligen en hållbarhetsrapport som finns tillgänglig på Bräcke diakonis websida, där vi kopplar vårt arbete till Agenda 2030. Från 2025 är hållbarhetsrapporten inte längre lagstadgad för Stiftelser men vi ser den som viktig och självklar att fortsätta med. Vi följer EU:s frivilliga standard Voluntary Sustainability Reporting Standard for non-listed SMEs (VSME)¹¹ med valda tillägg från EUs hållbarhetsdirektiv Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) utifrån de uppdaterade standarderna amended ESRS¹².

I hållbarhetsarbetet är samtliga verksamheter och medarbetare involverade. All personal får grundläggande hållbarhetsutbildning genom vår interna webbutbildning, anpassad till vår verksamhet och de särskilda perspektiv som är viktiga i vår kontext. Utöver detta genomförs regelbundna kompetenshöjande aktiviteter. Hållbarhetsarbetet drivs av en styrgrupp och en arbetsgrupp och har under 2025 vidareutvecklat strategier, arbetssätt och nyckeltal i linje med vår handlingsplan.

Miljö

Vi är sedan 2005 miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas och följer även 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 hållbarhetssamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har engagerade miljöombud 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. Sedan 2024 är stiftelsens miljöberättelse inkluderad i hållbarhetsrapporten.

¹² [Draft Simplified ESRS | EFRAG](#)

Socialt ansvar

Socialt ansvar handlar till stor del om välbefinnande, rättvisa, makt, rättigheter och individens behov. Hit kopplas exempelvis vårt arbete med jämställdhet, arbetsmiljö och patient- och brukarsäkerhet inom våra verksamheter, men också genom de krav vi ställer på våra leverantörer och underleverantörer liksom hur vi utvecklar vår verksamhet i samskapande med dem vi finns till för. 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.

Styrning

Styrning handlar om ansvarsfullt företagande. Där ingår vår organisationskultur, uppföljning av leverantörer för att se till att de följer uppförandekoden, att motverka oegentligheter som mutor och korruption och vår visseblåsarfunktion.







Resultat för Bräcke diakonis kvalitetsarbete

I följande avsnitt presenteras resultaten av Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av kvalitetsmål och strategier för 2025

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2025 på följande kvalitetsmål och strategier:

Tabell 1. Måluppfyllelse av stiftelsens handlingsplaner.

Mål	Mätvärde	Aktivitet	Måluppfyllelse
Utvecklade arbetssätt för inrapportering och visualisering av kvalitetsuppföljningar och stiftelseövergripande nyckeltal.	Antal verksamheter som använder systemet minst 4 gånger per år.	<ul style="list-style-type: none"> Ta fram ett system för inrapportering och uppföljning Ta fram arbetssätt för att identifiera och hantera relevanta uppföljningsindikatorer utifrån verksamheters krav och behov 	50 % 
Följa upp statistik om vårdskada (HSL) och missförhållanden (SoL/LSS) i vårdens och omsorgens övergångar. Dragit slutsatser och analyserat data.	Data analyseras och används.	<ul style="list-style-type: none"> Ändringar i DF Respons gällande bakomliggande orsaker Följa upp resultatet i Patient- och brukarsäkerhetsrådet 	100% 
Påbörjat implementering av ny socialtjänstlag.	Delmål enligt projektplan.	<ul style="list-style-type: none"> Nuläges och behovsanalys genomförd Aktiviteter enligt projektplan 	100% 
På ett patient- och brukarsäkert sätt nyttja digitaliseringens och välfärdsteknikens möjligheter.	Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> Påbörja arbetet mot mer strukturerad dokumentation enligt nya SoL Workshop om framtidens digitaliseringsbehov med utvalda representanter 	50% 
På ett patient- och brukarsäkert sätt förvalta och förbättra de befintliga digitala systemen.	Antal allvarliga avvikelser där orsaken är chattfunktionen. Antal förvaltningsgrupper där någon ifrån Patient- och brukarsäkerhetsrådet deltagit.	<ul style="list-style-type: none"> Fortsätta arbetet med att göra chattar mer patientsäkra Fortsätta och utveckla arbetet med förvaltningsgrupper för journalsystem 	100% 
En klar bild av vilka behov verksamheterna har för att kunna arbeta kunskapsbaserat	Ja/Nej Antal verksamheter med behov av stöd.	<ul style="list-style-type: none"> Inventering av evidensbaserade arbetssätt Inventering av arbetssätt för omvärldsbevakning Undersöka tillgång till forskningslitteratur Vid behov stötta verksamheter att utvärdera effekten av insatser 	50% 

Under året har vi arbetat med att utveckla arbetssätten för Kvalitetsuppföljning. Vi har till exempel tagit fram en sida för inrapportering och uppföljning av en verksamhets kvalitetskrav. Det som återstår är att hitta arbetssätt för att identifiera nyckeltal på övergripande nivå. Arbetet med detta fortsätter under 2026.

När det gäller Avvikelser i vårdens övergångar så har det under året inkommit 93 avvikelser kring extern samverkan registrerade i DF respons, tre av dessa är allvarliga ärenden. Vår analys är att det troligen finns ett mörkertal då denna avvikelsetyp är ny i systemet, vi ser också att vi har ett utvecklingsområde då vi inte har tillgång till

de avvikelser gällande vårdens övergångar som kommer in i de externa system som finns i 2 av de regioner vi finns representerade i.

Arbetet med att utnyttja digitaliseringens möjligheter fortsätter under 2026 bland annat genom att fortsätta arbetet med AI användningen inom organisationen.

När det gäller att ta fram en klar bild av vad verksamheter behöver för att arbeta kunskapsbaserat så pågår arbetet. Exempelvis håller vi på att ta fram och publicera kunskapsunderlag under Speranza akademi för att stötta verksamheter inom

SoL och LSS att främst välja insatser och åtgärder som vilar på vetenskaplig forskning och/eller beprövad erfarenhet.

Systematiskt förbättringsarbete i Förbättringskraft

Under 2025 har Stiftelsen fortsatt att utbilda processledare och starta nya förbättringsteam. I dagsläget har 17 utbildade processledare uppdrag och är aktiva, ytterligare 9 utbildade processledare finns i organisationen och har planerade uppdrag eller bidrar med kunskap i sin egen verksamhet. I dagsläget finns det 30 aktiva förbättringsteam, se Tab. 2.

Tabell 2. Antalet aktiva team i Förbättringskraft.

Område	Ledningsteam	Nätverks-team	Underliggande team	Summa
Funktionsstöd	1	2		3
Primärvård	7	2	1	10
Rehab och Specialistvård	2	1		3
Vård och omsorg för äldre	4	1		5
Vård och omsorg i hemmet	3			3
Drift Vård och Omsorg	1			1
Stiftelsens ledningsgrupp	1			1
Stödfunktioner	3	1		4
Summa	22	7	1	30

Kvalitetsdialog

Av resultatet från årets kvalitetsdialog framkommer det att arbetet med riskanalyser har förbättrats jämfört med föregående år. Likaså har arbetet med samverkan och hållbarhet och miljö förbättrats. Två utvecklingsområden som synliggjorts är arbetet med styrdokument och ledningssystem och arbete med registreringen av klagomål och synpunkter. Här visar årets resultat att arbetet som pågått under 2025 behöver fortsätta även under 2026.

Tabell 3. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tregradig skala.

Område (SOSFS 2011:9)	Kvalitetsdialog 2025		
	Struktur	Process	Resultat
1. Styrdokument och ledningssystem	2,8	2,6	2,6
2. Riskanalyser	2,8	2,7	2,5
3. Avvikelsehantering	3,0	2,6	2,7
4. Egenkontroll	2,9	2,7	2,6
5. Kunskap och kompetens	2,9	2,9	2,8
6. Samverkan	2,7	2,6	2,7
7. Hållbarhet och miljö	2,8	2,7	2,6

Avvikelser

Antal avvikelser och synpunkter

Utifrån vår avvikelsestatistik kan vi se att antalet avvikelser (4,11) per helårsarbete minskat sedan föregående år. (Tab. 4).

Tabell 4. Antal avvikelser per område.

Områden	2023	2024	2025
Funktionsstöd	737	578	444
Primärvård	504	499	337
Rehab och specialistvård	366	347	263
Vård och omsorg i hemmet	1 699	1 993	1156
Vård och omsorg för äldre	445	547	1459
Övriga	17	70	45
Antal avvikelser per år	3768	4 034	3704
Avvikelser per helårsarbete	4,63	4,56	4,11
Antal synpunkter	237	146	336

Under 2026 fördjupas analysen av vad denna förändring består i. Utifrån driftområden kan man kommentera följande:

- Antalet avvikelser och synpunkter inom område Funktionsstöd har generellt fortsatt att minska under 2025 samtidigt som antalet avvikelser som graderas

2 i allvarlighetsgrad har ökat. Detta samband kan indikera att rapporteringskulturen kan behöva stärkas för att tidigt fånga upp det avvikande som inträffar eller riskerar att inträffa.

- Inom område Primärvård har antalet avvikelser minskat, vilket till största delen tyder på underrapportering. En del av minskningen beror på att en del av avvikelserna under föregående år kunde kopplas till enskilda medarbetare som inte längre finns kvar i verksamheterna.
- Område Rehab och specialistvård har färre inrapporterade avvikelser under året vilket beror på att två verksamheter med heldygnsvård bägge har färre inrapporterade avvikelser på grund av lägre beläggning under året, ett arbete med att öka inrapporteringen kommer fortsätta inom området.
- I Vård och omsorg i hemmet har antalet avvikelser sjunkit påtagligt, detta beror på att en verksamhet har bytt område och nu tillhör Vård och omsorg för äldre. För övriga verksamheter inom området ligger antalet på en snarlik nivå som föregående år.
- Vård och omsorg för äldre har fler avvikelser vilket beror på att ytterligare två verksamheter tillkommit till området. En verksamhet är nystartad och den andra har bytt område i och med omorganisationen.

Lex Sarah, lex Maria samt personuppgiftsincidenter

Under året har antalet lex Sarah utredningar ökat, från 20 år 2024 till 38 under 2025 (tab. 5). Ökningen bedöms bero på flera samverkande orsaker. Dels har antalet lex Sarah utredningar ökat i verksamheter som under året har genomgått chefsbyten. Därtill har en verksamhet haft särskilda utmaningar i samband med uppstart, vilket bidragit till fler utredningar. En ytterligare bidragande faktor är att det under året återkommande har rapporterats om misstänkta stölder.

Vid fördjupad analys framkommer att de vanligaste typerna av lex Sarah utredningar under året har handlat om insatser som har utförts felaktigt eller inte alls och där det har fått, eller funnits risk för, allvarliga konsekvenser (9 respektive 5 utredningar). Detta mönster skiljer sig från föregående år, då övergrepp var den vanligaste typen av utredning. Det kan samtidigt noteras att både felaktigt utförda insatser och uteblivna insatser även var de vanligaste typerna av lex Sarah anmälningar som IVO tog emot nationellt 2024¹³.

Av de 38 lex Sarah utredningarna i år avser tre allvarliga missförhållanden och en påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmälts till IVO. IVO har hittills avslutat en utredning med bedömningen ”IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några

ytterligare åtgärder”. I en utredning pågår komplettering, två utredningar handläggs fortfarande av IVO.

Under 2025 har 18 lex Maria utredningar utförts, varav en lett till anmälan till IVO. 13 av utredningarna har varit fall som lett till skador på den enskilde, samtliga av dessa utredningar avslutades utan anmälan till IVO då verksamheterna bedrivit ett systematiskt fallförebyggande arbete, några av fallavvikelserna har också utretts enligt lex Sarah. Anmälan har avslutats med bedömningen ”IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder”. Anmälan gällde en verksamhet i primärvården och gällde ett läkemedel där patienten inte uppmärksammats på att det behövdes tas utanför APO-dos.

Tabell 5. Allvarliga avvikelser som anmälades till myndigheter.

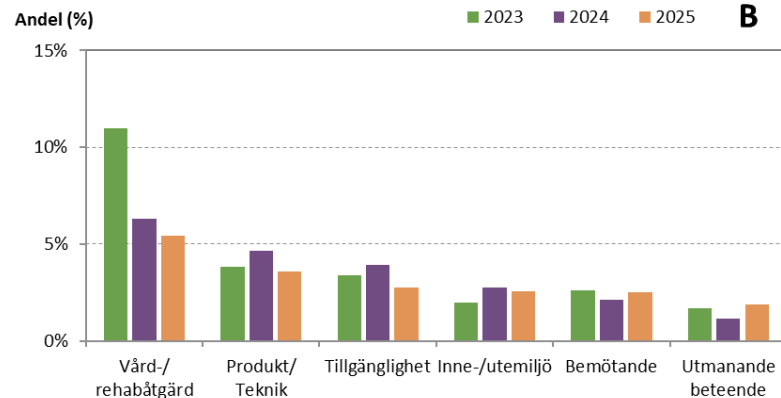
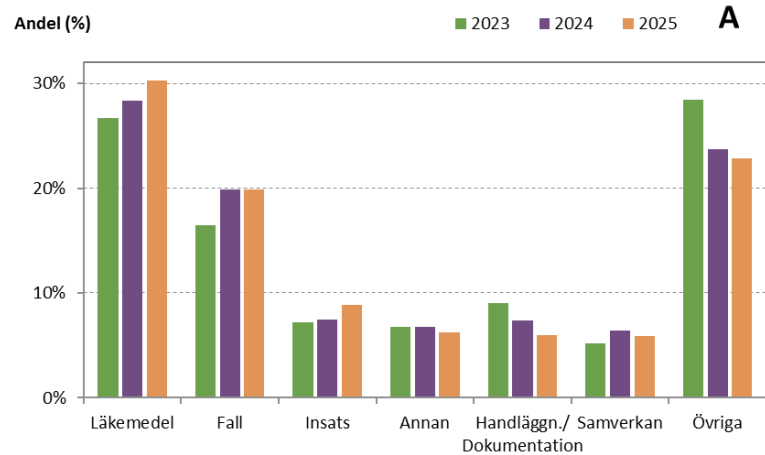
Lex Maria	2023	2024	2025
Utredningar	19	12	18
varav risker för vårdskada	2	3	1
varav vårdskador	7	1	0
Anmälda till IVO	9	4	1
Lex Sarah			
Utredningar	46	20	38
varav påtagliga risker för allvarliga missförhållanden	5	1	1
varav allvarliga missförhållanden	4	1	3
Anmälda till IVO	9	2	4
Medicintekniska produkter			
Utredningar	0	0	0
Anmälda till Läkemedelsverket	0	0	0
Personuppgiftsincidenter			
Utredningar	6	8	7
Anmälda till Integritetsskyddsmyndigheten	2	2	2

Antalet utredningar och anmälningar gällande personuppgiftsincidenter är i stort sett oförändrat sedan föregående år. Det finns ett etablerat arbetssätt kring inrapportering av ärenden som gäller informationssäkerhet vilket ger en stabil nivå.

¹³ [Lex Sarah-anmälningar | IVO.se](#)

Avvikelse typer

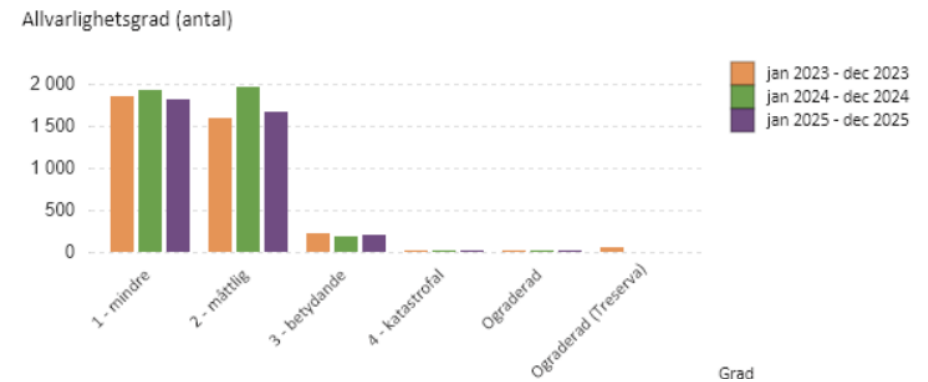
Andelen läkemedelsavvikelser har ökat något under året (Fig. 3). Troligtvis beroende på att andelen övriga minskat, antalet läkemedelsavvikelser ligger på ungefär oförändrad nivå jämfört med året innan.



Figur 3. Andel av de vanligaste avvikelse typerna under 2023–2025 (A). Övriga avvikelse typer (> 1 %) sammanfattas i (B). Datakälla: DF Respons och Treserva (Linköping).

Allvarlighetsgrad

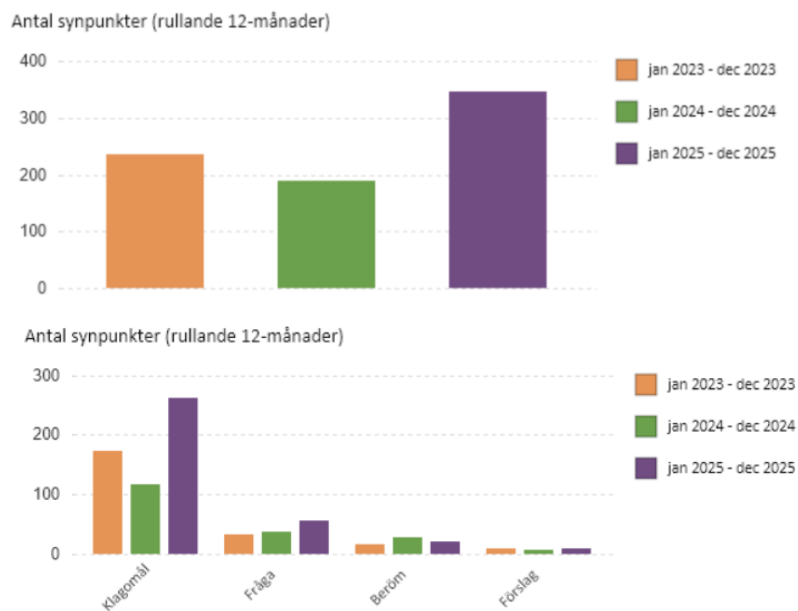
Vi ser att majoriteten av antalet avvikelser har allvarlighetsgrad 1 eller 2 och att antalet allvarliga avvikelser (grad 3 och 4) är oförändrat vilket tyder på att verksamheterna har en etablerad inrapportering även vid mindre allvarliga händelser (Fig. 4). Ett arbete med att öka inrapporteringen av risker planeras under 2026.



Figur 4. Andelen av totalt antal registrerade avvikelser fördelad på allvarlighetsgrad inom Bräcke diakoni under 2023–2025. Datakälla: DF Respons och Treserva.

Synpunkter och klagomål

Antalet synpunkter har ökat kraftigt under 2025 vilket troligtvis beror på ett systematiskt arbete med att öka inrapportering av synpunkter till vårt digitala system. (Fig. 5).



Figur 5. Antal synpunkter per år och uppdelat på synpunktstyper.

Patienters och brukares upplevelse av våra insatser

Hur de vi finns till för upplever våra insatser är en viktig kvalitetsindikator för oss. Upplevelsen av insatser mäts i olika nationella brukarundersökningar beroende på verksamhetsgrupp och presenteras som *andel positiva svar* i relevanta indikatorer. Dessa indikatorer skiljer sig mellan olika undersökningar och verksamhetsgrupper (Tab. 5).

Tabell 5. Indikatorer från olika brukarundersökningar som används i beräkningen av ett index för den samlade patient-/brukarupplevelsen.

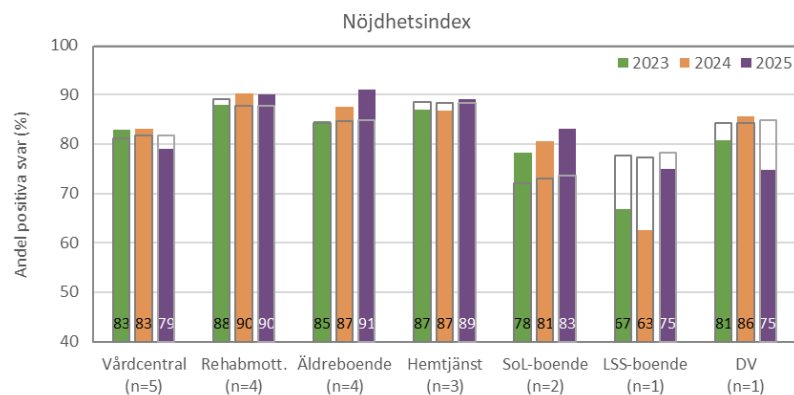
Indikator	Verksamhetsgrupp
Bemötande	Vårdcentral Rehabmottagning
Tillgänglighet	
Delaktighet	
Helhetsintryck	Äldreboende Hemtjänst
Bemötande	
Trygghet	SoL- och LSS-boende Daglig verksamhet
Förtroende för personalen	
Omtanke	
Rätt stöd	

För att kunna jämföra våra verksamheter med varandra har vi beräknat ett medelvärde av de relevanta indikatorerna för Bräcke diakonis olika verksamhetsgrupper. Varje medelvärde har sedan jämförts med medelvärdet av samma indikatorer inom samma verksamhetsgrupp för hela Sverige. På det sättet får vi ett index där vi kan jämföra olika verksamhetsgrupper och har samtidigt rikssnittet som referens. Vi kallar detta för vårt Nöjdhetsindex.

I Figur 6 kan vi konstatera att i verksamhetsgrupperna Vårdcentral och DV har resultatet minskat markant sedan föregående år och jämfört med andra liknande verksamheter nationellt. Analys av orsakerna till detta pågår i respektive verksamhetsgrupp och åtgärder planeras på verksamhetsnivå samt följs upp av Ledningsgruppen Vård & omsorg.

I verksamhetsgrupp LSS-boende har resultatet ökat från förra året men vi ligger likväl lägre än andra jämförbara verksamheter. Här har ett chefsbyte skett och åtgärder har genomförts och ytterligare förbättringar väntas nästa år.

Inom Rehabmottagning ligger resultatet kvar på samma nivå som förra året och fortsätter även att ligga över medel i Sverige. Inom både verksamhetsgrupp SoL-boende och Äldreboende har resultatet tydligt ökat och ligger därtill även över andra jämförbara verksamheter nationellt.



Figur 6. Översikt över brukar/patientupplevelsen med hjälp av Nöjdhetsindex. Varje index visas som medelvärde av våra verksamheter inom respektive grupp samt ett jämförelsemått som är medelvärdet för liknande verksamheter i hela Sverige (grå kantlinje).

Det viktade medelvärdet för alla verksamheter ligger på 84,2% vilket är en minskning med 0,2 sedan 2024 men fortfarande 1,2% högre än riksnittet och något under målet för hela stiftelsen som ligger på 85%.

Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

Under 2025 har Patient- och brukarsäkerhetsrådet fortsatt sitt analysarbete med Verktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete¹⁴ som genomfördes under 2024. Rådet har arbetat med analysens resultat utifrån följande prioriterade områden:

Prioriterat område	Åtgärd
Mätning och sammanställning av information om vårdskador i vårdens övergångar	Skapat möjlighet att ta ut statistik ur Stiftelsens avvikelssystem.
Minimering av effekter av negativa händelser	Arbete med att få ett systematiskt arbetssätt efter allvarliga avvikelser har fortsatt.
Adekvat kunskap och kompetens gällande grundläggande förutsättningar för patient- och brukarsäkerhetsarbete	Det finns variationer mellan Stiftelsens verksamheter, kunskapsläget behöver höjas till gemensam nivå. Nya rutiner inom området har tagits fram och implementering pågår.
Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt	Verksamheterna har kunskap och det finns en öppenhet för arbetssättet men det är inte fullt implementerat.
Medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	Påbörjat arbetet med att ta tillvara de möjligheter som finns inom välfärdsteknik.
Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador och missförhållanden	Det finns variation mellan HSL och SOL/LSS verksamheterna och det saknas till viss del standardiserade riskbedömningar inom SOL/LSS. Under 2025 har vi fortsatt arbetet med att arbeta mer strukturerat med uppföljning av allvarliga händelser. Digitala system behöver tillhandahållas och utvecklas för att stödja arbetet med individuella riskanalyser.

¹⁴ [Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)

Stiftelseövergripande strategier och handlingsplan

Fokusområde	Mål	Mätvärde	Aktivitet
Tillit och lärande	Arbetsätt för inrapportering och visualisering av kvalitetsuppföljningar tillämpas i alla driftområden	Antal verksamheter som använder systemet minst 2 gånger per år.	<ul style="list-style-type: none"> Färdigställa det påbörjade inrapporteringssystemet Testa och implementera inrapporteringssystemet
Tillit och lärande	Synliggöra avvikelser vid vård- och omsorgens övergångar från samtliga källor	Sammanställa data från DF respons och regionernas system för rapportering av avvikelser	<ul style="list-style-type: none"> Se till att PBSR har tillgång till data angående dessa avvikelser från externa avvikelssystem Återkoppla resultat av rapportering till verksamheter Uppmuntra verksamheter till fortsatt rapportering
Tillit och lärande	Öka antal registrerade synpunkter	Statistik ur DF Respons	<ul style="list-style-type: none"> Justera mailfunktion som möjliggör lättare registrering av synpunkter Möjlighet att flytta ärenden mellan synpunkter och avvikelser i DF Respons Återkoppla statistik och informera verksamheterna om nya funktioner
Tillit och lärande	Öka antal avvikelser per medarbetare till tidigare nivåer	Antal avvikelser per område och antal avvikelser per medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> PBSR analyserar avvikelседata för att få kunskap om vilka områden och vilka verksamheter som minskat sedan föregående år. Handlingsplan utformas och förankras i Ledningsgrupp Vård & omsorg och de olika områdesledningsgrupperna Fortsatt arbete i områdesledningsgrupper med att öka inrapportering av risker
Diakoni i praktiken	På ett patient- och brukarsäkert sätt nyttja digitaliseringens och välfärds-teknikens möjligheter.	Ja/nej	<ul style="list-style-type: none"> Fortsätta kartlägga verksamheternas behov av digitalisering PBSR deltar vid och initierar riskanalyser för införande av nya digitala verktyg PBSR deltar vid och är med och utformar informationsinsatser för kunskaps-spridning om digitaliseringens möjligheter i Stiftelsen Stiftelsen deltar i projektet Svea
Diakoni i praktiken	Tydliggöra patient- och brukarsäkerhetsrådets medverkan i stiftelsens beredskapsarbete	Ja/nej	<ul style="list-style-type: none"> Kompetensutveckling av PBSR om hur medverkan kan öka PBSR samverkar med Ledningsgrupp Vård & omsorg för nästa steg Inkludera ett patient- och brukarperspektiv i beredskapsarbetet
Diakoni i praktiken	Hög patient- och brukarnöjdhet	Nöjdhetsindex på >85%	<ul style="list-style-type: none"> Analys av orsakerna till låg nöjdhet i respektive verksamhetsgrupp Åtgärder planeras på verksamhetsnivå Ledningsgruppen Vård & omsorg följer upp

För ett medmänskligare samhälle

