

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Axgårdens vård- och omsorgsboende



Datum: 2025-02-20

Ansvarig för innehåll: Marie Bergström, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Sammanfattning	3
3. Grundläggande förutsättningar för en god vård	4
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.1.1 Övergripande mål och strategier	5
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.1.4 Informationssäkerhet.....	7
3.1.5 Strålskydd.....	7
3.2 En god säkerhetskultur	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	8
3.4 Patienten som medskapare	8
4. Agera för säker vård	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	14
4.3 Säker vård här och nu.....	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	15
4.4.1 Avvikelser.....	16
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	17
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	18
6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år	19

1. Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

2. Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna. Egenkontroller av vårdhygienisk standard och följsamhet av basala hygienrutiner samt klädregler genomförts och utifrån resultatet har vi haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Infektionsregistrering har följts varje månad. Endast enstaka fall av utbrottsbenägna infektioner har förekommit under året.

Andra viktiga åtgärder för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med ökade risker för t.ex. fall, undernäring eller trycksår identifierats. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i hög grad.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten är ca 1 procent vilket indikerar att verksamheten har ett bra förebyggande arbetssätt. Antalet inträffade fallincidenter var högre än förväntat under året.

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att fördjupa kunskaper i vården av boende med kognitiva sjukdomar. Vi har köpt in Silvia-grundutbildning för de medarbetare som inte gått tidigare och haft utbildning/handledning i lågaffektivt bemötande samt BPSD-instrumentet.

Implementering av rutin om nytt arbetssätt, Visam, beslutsstöd i klinisk bedömning för sjuksköterskor, har pågått under året. Flertalet av baspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstödet SBAR. Chefer och sjuksköterskor har fått Apotekets utbildning i chef och sjuksköterskas ansvar vid delegering av läkemedel. Del av baspersonal har gjort Apotekets webbutbildning inför delegering.

Verksamheten har utvecklat sitt arbete med avvikelshantering men fortsätter att utveckla den dokumenterade utredningen och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

Enheten har ett teambaserat arbetssätt med riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov. Dokumentationen av hälsoplaner utifrån identifierade vårdbehov med har utvecklats. Framtaget stödmaterial och systematisk uppföljning har bidragit till lärande. Vi når inte riktigt våra mål inom samtliga områden. Vi fortsätter med framtaget arbetssätt.

Den palliativa vården i livets slutskede har varit ett av fokusområdena. Palliativa ombud har reflektionsmöten efter dödsfall liksom ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig läkare. Utvecklingsforum och samverkan med ansvarig läkarorganisation har lett till förbättrade arbetssätt och bidragit till förbättrade resultat utifrån kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slut. Enheten har arbetat med så kallade "DÖ BRA" samtal där vi erbjuder samtal där den äldre får uttrycka vad som är viktigt under vistelsen här och hur man vill ha det vid livets slut.

Framåtblick 2025

Organisationsförändringen som sker under första kvartalet kommer att innebära en del utmaningar och möjligheter. Hälso- och sjukvårdspersonalen får en gemensam chef för samtliga utförarenheter i stadsdelens äldreomsorg, 1,0 enhetschef för sjuksköterskor och 0,5 enhetschef för rehabiliteringspersonal. Övergripande ansvar har områdeschef som tillika är verksamhetschef enligt HSL. Organisationsförändringen ger möjlighet till förbättringar och utveckling men kommer också att ställa krav på samarbete med övriga enhetschefer för verksamhetsområde SOL.

Ett prioriterat område 2025 är att fortsatt vidareutveckla enhetens arbetssätt för resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler. Vi kommer arbeta vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning.

Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist. Under hösten utsågs en av sjuksköterskorna till SNUD, sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar. Enheten kommer också att särskilt fokusera på fallprevention eftersom antal fall ligger högre än förväntat.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och stöd och fortbildning i lågaffektivt bemötande.

Implementering av ViSam beslutstöd för sjuksköterskor kommer att pågå samt av rapporteringsstödet SBAR för baspersonalen.

Verksamheten ska genom stärkt samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede. Arbetet med att erbjuda samtal inför livets slut s.k. DöBra samtal kommer att fortsätta för att tydliggöra vad som är viktigt för den boende när livet går mot sitt slut.

3. Grundläggande förutsättningar för en god vård

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att förebygga och minska antalet vårdskador

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3

Övergripande mål

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada

Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshandlingen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

3.1.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och

sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Hen ansvarar för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas och för att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och *Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt för att följa för verksamheten upprättade riktlinjer, MAS regler, och lokala rutiner.

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att vid utförande av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Verksamhetsutvecklare för hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår bland annat ett ansvar för att informera, utbilda och stödja äldreomsorgens verksamheter och utsedda dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Externa stödfunktioner inom patientsäkerhet. Stadsdelen har genom avtal tillgång till stödfunktioner som Vårdhygien Stockholm, Oral Care tandvårdsenhet, Palliativt kunskapscenter (PKC) och Apoteket AB. för rådgivning, stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov. Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och förebyggande åtgärder planeras.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har HSL möten där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna. I samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS, verksamhetsutvecklare, representanter för legitimerad personal och verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förebygga att vårdskador uppstår. Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig

sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygienjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med regionens tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation. I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker enligt fastställt årshjul och omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten använder ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. En god säkerhetskultur kännetecknas av ett gemensamt aktivt arbete där alla utifrån sin roll bidrar och agerar för att identifiera och minimera risker och skador och där patienten görs delaktig.

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodule i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS eller MAR.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällena.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Vi arbetar under året enligt den utbildningsplan som finns formulerad utifrån de mål och utvecklingsområden som styr vår verksamhet.

Det finns en utarbetad rutin för introduktion för nya medarbetare. Vi har utbildade reflektionsledare som har regelbundna reflektionsmöten med personalgrupper.

Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Under 2024 har vi haft utbildningar i lågaffektivt bemötande, fördjupning kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet, baspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstödet SBAR. Chef och sjuksköterskor har haft utbildning i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

En utmaning är att rekrytera sjuksköterskor. En annan utmaning är språknivån hos vård- och omsorgspersonalen. Den kan vara ett hinder för kompetensutvecklingen. Vi har under 2024 fortsatt satsat på språkutveckling.

3.4 Patienten som medskapare



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en informationsbroschyr om verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Den årliga brukarenkätens och individuppföljningens resultat finns med som grund i

förbättringsarbetet likväl som inkomna synpunkter och klagomål.

Under året har vi haft fysiska möten med anhöriga på respektive avdelning, vid inflyttningsprocessen och vid spontana möten.

4. Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: · Fall · Undernäring · Trycksår · Inkontinens · Munhälsobedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell ADL- bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation	8 gånger under året	Upprättade granskningsmallar
Basala hygienrutiner och klädregler	Punkt prevalens mätning 2 gånger under året samt ytterligare 7 ggr för interngranskning	Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygieniskt standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll framtagen av svensk förening för vårdhygien(sfvh).
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Infektionsregistreringsblankett.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet. Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer.
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månad 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet. Protokoll från egenkontroll. Extern kvalitetsgranskning av Apoteket.
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet.
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger per år	Svenska Palliativregistret.
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång under året	Senior Alert.
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter.
Loggkontroll av åtkomst till Vodok och NPÖ	12 gånger under året	Vodok och NPÖ.
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger enligt årshjul	framtagen checklista.
Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer	Vid palliativa ombudsträffar	framtagen checklista.

Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<p>1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer vid Punktprevalensmätningar 2 gånger per år.</p> <p>2. Granskning av genomförda infektionsregistreringar månatligen.</p> <p>3. Granskning av andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst årligen.</p> <p>4. Årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt årshjul.</p>	<p>1. Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100%.</p> <p>2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.</p> <p>3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100%.</p> <p>4. egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul.</p>	Målet är uppfyllt.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs	1. Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	1. Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 98% -undernäring till 90% -trycksår till 88 % - ohälsa i munnen till 81%. Andel boende med aktuell bedömning av: -ADL förmåga uppgår till 94 % -funktion- och förflyttningsförmåga till 100 %.	1. Den samlade bedömningen är att målet delvis uppnåtts. Riskbedömningar och bedömningar har genomförts i hög grad men når för trycksår och ohälsa i munnen inte accepterat målvärde på 90 %
2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.	2. Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer. Uppföljning av utförda BPSD skattningar och bemötandeplaner	2. Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierade risk för -fall uppgår till 93% -undernäring till 77% -trycksår till 88% Upprättade bemötandeplaner utifrån BPSD.-skattning har upprättats för 94% av boende med demensdiagnos.	2. Målet är enligt inrapporterade uppgifter delvis uppnått. Andelen upprättade hälsoplaner vid bedömd risk för undernäring och trycksår inte målnivån på 90%
3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.	Egenkontroll av ViSam användning våren 2024.	Egenkontroll av användningen av ViSam beslutstöd Vid försämrat hälsotillstånd hos patient visar ingen avvikelse. Egenkontrollen visar 100%	3. Målet har uppnåtts
4. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.	Egenkontroller har genomförts enligt årshjul.	4. Den samlade bedömningen av egenkontroller är att målet är delvis uppfyllt. Dokumentationen har utvecklats men når inte ställda helt krav utifrån samtliga granskade vårdprocesser.
5. En god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	1. Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad 2. Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal och efterlevandesamtal vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.	1. se resultat under avsnitt 4.5 2. Uppföljning av genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal är genomförda. Dock var registrerade efterlevandesamtal 0 i palliativa registret.	1. De samlade bedömningen är att målet delvis är uppfyllt. se resultat under avsnitt 4.5. 2. Registrerade efterlevandesamtal är 0 för enheten. Målet är uppnått eftersom uppföljning har skett på palliativa ombudsträffar om vården och omsorgen i livets slut.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
6. Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	<p>Minst månatlig Uppföljning av att:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelshantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp. -Information om rutiner för avvikelshantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT. 	<p>Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av bitr. enhetschef och enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.</p> <p>Avvikelse har hanterats enligt fastställd process i avsett system för avvikelshantering.</p>	6. Målet uppnått.

Samlad analys av genomförda egenkontroller

Resultaten visar att verksamhetens mål för 2024 helt eller delvis uppnått och att planerade aktiviteter genomförts. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 94 procent och andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av funktion och förflyttningsförmåga är 100 procent vilket ger goda förutsättningar att arbeta med individuella förebyggande och kompensande åtgärder.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning för att fortsatt upprätthålla en god vårdhygienisk standard.

Endast enstaka fall av utbrotsbenägna infektioner har skett under året. Med god följsamhet till hygienrutiner har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning kunnat upprätthållas.

Antalet inrapporterade avvikelser ligger fortsatt på låg nivå men har ökat från föregående år. Arbetet med avvikelshantering har utvecklats. Verksamheten kommer fortsätta vidareutveckla och säkra processen med att rapportera samt utreda och analysera bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Täta egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån olika vårdprocesser har genomförts under året. Resultatet visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal i samtliga granskade processer. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde. Utifrån identifierade brister har handlingsplaner upprättats och följts upp.

Verksamheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att öka registreringen och använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede.

Genomförda loggkontroller visar inget obehörigt intrång i systemen.

Överlag ses goda men i jämförelse med 2023 något försämrade resultat i palliativ registret. Trots ett målmedvetet arbete har vi inte uppnått målen i alla delar och vi har ett fortsatt kvalitetsarbete kvar. Vi fortsätter framtagna arbetsätt och rutiner i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

Vid årsskiftet nådde vi 94% BPSD- utredningar vilket motsvarar 16 av 17 boende med demensdiagnos vilket är ett fullgott resultat för året.

Våra genomförda egenkontroller och identifierade förbättringsområden har genererat åtgärder/handlingsplaner som följts upp på möten med hälso- och sjukvårdspersonal, utvecklingsforum, arbetsplatsmöten, Vodokmöten, hygienmöten, Palliativa möten och i ledningsgruppen.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder. Sammanställning av avvikelser redovisas i avsnitt 4.4.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmäls enligt lex Maria
0	0	0

Enheten har inte haft några inträffade vårdskador under året.

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelser går igenom på HSL forum av enhetschef och HSL gruppen och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller riskerat att medföra en vårdskada. Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada utretts i verksamheten. Det har inte inträffat händelser som medfört risk för eller allvarlig vårdskada enligt Lex Maria på enheten under året.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.

Egenkontroller sker enligt fastställt årshjul för häls- och sjukvården och följs vid behov upp med handlingsplaner.

För att identifiera risker för vårdskador har individuella riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov genomförts enligt riktlinjer med validerade bedömningsinstrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs och åtgärder planeras.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av vårdhygienisk standard och kontroller av följsamheten till basala hygienrutiner har genomförts under året. Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd och handledning för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt dokumentation av avvikelser. Beslutsstödet- ViSam som är ett verktyg för strukturerad bedömning vid försämrat hälsotillstånd hos en patient används av sjuksköterskor för bedömning och stöd för val vårdnivå.

Läkemedelshantering och delegering. Egenkontroller och extern granskning av Apoteket har genomförts enligt årshjul. För identifierade utvecklingsområden har handlingsplan upprättats och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan. Chef och sjuksköterskor har erhållit utbildning inom området via Apoteket AB.

Det förebyggande arbetet med nutritionsvårdsprocessen utifrån fastställda rutiner har fortsatt i samarbete med dietist och enhetens SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar.

För att säkerställa ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede finns fastställda rutiner och verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och använder

resultaten i förbättringsarbete. Samverkan med ansvarig läkare har stärks och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall samt för att utveckla systematiken kring efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall finns framtagna.

4.3 Säker vård här och nu

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på förändringar i närtid.

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. Verksamheten fortsatt haft hög beredskap för ett eskalerade läge av smittspridning och fortlöpande genomfört riskanalyser.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras och används i förbättringsarbete.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten

används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

4.4.1. Avvikelser

Alla avvikande händelser som berör hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok.

För **fall** gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

Enhetens arbete med avvikelseprocessen

Enheten har arbetat med att lyfta avvikelser i Hälso- och sjukvårdsforum samt APT-möten för att lyfta vikten av att arbeta med avvikelser för att förbättra verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	14	12	11 avvikelser rör utebliven dos, 2 avvikelser övrigt/annat berör obetald räkning 1 berör att läkemedel saknas men inte är signerad.
Specifik omvårdnad	0	0	
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	1	0	Berör brist i informationsöverföring
Vårdrelaterad infektion	0	0	
totalt	15	12	

Avvikelserapporteringen ligger på samma nivå som föregående år men behöver förbättras ytterligare eftersom avvikelserapporteringen fortsatt ligger på en relativt låg nivå och inom få områden. Merparten av avvikelserna inom läkemedelsområdet rör på utebliven dos vilket oftast sker under eftermiddagstid. Vi arbetar för att säkra överrapporteringen från dagpersonal till kvällspersonal.

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodule	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård
84	27 varav 4 frakturer	2

Antalet fall har ökat från föregående år. (57 st rapporterade fall 2023)) Vi ser i analys att fallincidenter sker oftare vid nyinflyttning. De fallförebyggande åtgärder som vidtas baseras på resultatet av den individuella riskbedömningen. Åtgärder kan till exempel bestå av läkemedelsgenomgång, miljöanpassning, olika bemötandestrategier vid oro eller hjälpmedelsförskrivning. fyra fall har lett till frakturer. De fall med rapporterad skada är i förhållande till antalet fall hög och handlar om mindre sårskador /skrapår och blåmärken. Verksamheten behöver fortsätta att kontinuerligt arbeta med teambaserad orsaksanalys vid inträffade fall som kan bidra med individanpassade förebyggande åtgärder.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Synpunkter/klagomål bidrar till att vi kan förbättra verksamheten. Vi lyfter synpunkter/klagomål i olika mötesformer för att samtliga medarbetare ska vara delaktiga i förbättringsarbetet. Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

Inga klagomål har inkommit under 2024.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

4.5.1 Svenska palliativregistret

I palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultaten används för att se områden som behöver utvecklas och förbättras.

I tabellen redovisas resultatet från registrerade dödsfall 2024.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100%	90%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	70%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	90%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	100%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	80%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	80%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	100%

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	70%
------------------------------------	-----	-----

Trots överlag höga goda resultat ses något försämrade resultat i jämförelse med 2023. Trots ett målmedvetet arbete har vi inte uppnått målen i alla delar och vi har ett fortsatt kvalitetsarbete kvar. Vi fortsätter framtagna arbetsätt och rutiner i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

4.5.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att identifiera och registrera risker och bakomliggande orsaker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetsätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under 2024.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
29	63 %	89 %	47 %

Resultatet visar på utvecklingsområden och en underrapportering och att arbetet tappat fart. För de registreringar som gjorts finns registrerade åtgärdsplaner i hög grad men registrering av utförda åtgärder saknas i hög utsträckning. En bakomliggande orsak kan vara att registreringen innebär ett visst som dubbelarbete då riskbedömningar, åtgärder och uppföljning även ska tillföras patientjournalen.

Att öka sjuksköterskornas kunskap om det stöd registret ger för ett systematiskt arbetsätt och evidensbaserade åtgärder är ett utvecklingsområde.

5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och vi behöver ha rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med uppföljning av åtgärder och rutiner för kontinuitetsplanering. Arbetet fortsätter 2025.

Kontinuerliga riskanalyser är en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget.

Verksamhetens riskhantering sker genom analys och åtgärder på individnivå och på verksamhetsnivå i samband med riskbedömningar avvikelsehantering och egenkontroller.

Ett prioriterat område 2025 är att vidareutveckla enhetens arbetssätt med resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler. Vi kommer arbeta vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov. Fokus är att utveckla dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist och enhetens SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsuppdrag.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom fortsatt användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande.

Arbetet med implementering av beslutstödet ViSam för sjuksköterskor fortsätter.

Verksamheten ska i samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede.

6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen. - Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer. - Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande. - Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. - Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL. - Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL. - Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
<p>Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov</p>	<p>1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutsstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<p>- Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</p> <p>- Utbildad SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen.</p> <p>- Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</p> <p>- Sjukgymnast/fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer</p> <p>- Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan.</p> <p>- Fortsatt implementering av ViSam beslutsstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient.</p>	<p>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</p> <p>- Egenkontroll av ViSam användning.</p> <p>-Egenkontroll av utförda BPSD skattningar och bemötandeplaner.</p>
<p>Informationssäkerhet</p>	<p>1. Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen förbättras för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>2. Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs</p>	<p>1. Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</p> <p>- Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</p> <p>2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</p>	<p>- Egenkontroller av hälsa- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul.</p> <p>- Uppföljning av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i patientjournalen och NPÖ.</p>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut. -Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande. - Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret. -Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad. - Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.	<ul style="list-style-type: none"> -Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras i avsett system för avvikelsehantering enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp. -Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT. 	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömts.
Utveckla arbetssätt för delegering, rehabiliterings- området	Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.	Verksamhetens rehabiliteringspersonal (en representant) deltar i arbetsgrupp för framtagande av rutin för delegering. MAR bjuder in. Rutin presenteras på chefs möte för godkännande. Rutin implementeras i verksamheten genom att den går igenom i olika personal forum.	-Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025 -Att det finns en ny rutin