

# Patientsäkerhetsberättelse 2024

---

Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende



Datum: 2025-02-20

Ansvarig för innehåll: Enhetschef i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

## Innehållsförteckning

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

## 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

Enheten arbetar kontinuerligt med att säkerställa kompetens inom olika områden för ökad patientsäkerhet. Digitala utbildningar i t.ex. palliativ vård och basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Kompetensutveckling om psykisk ohälsa och LHBTQI har under året genomförts av all personal. Utbildning i SBAR har getts till baspersonalen om viktiga observationer och strukturerad kommunikation vid förändringar i äldres hälsotillstånd när kontakt tas med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Enheten har genomfört utbildning i läkemedelsdelegering via Apoteket AB.

Enheten har ett strukturerat arbete vad gäller hanteringen av avvikelser och händelser som bidrar till att utveckla verksamheten och hjälper oss i att förbygga skador. Ingen vårdskada har rapporterats.

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar eller infektioner har skett och egenkontroller som genomförts har visat att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men också på områden att utveckla.

Enheten har fortlöpande arbetat teambaserat med riskbedömningar och bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov vilket genomförts i hög grad. Dokumentation av hälsoplaner utifrån identifierade vårdbehov med planerade åtgärder, utförda åtgärder och uppföljningar 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.

ViSam och SBAR, besluts- och rapporteringsstöd, har implementerats för att förbättra överrapporteringar mellan vårdinstanser och för att säkerställa att patienten vårdas på rätt vårdnivå.

SNUD ( sjuksköterska med särskilt nutritionsuppdrag ) finns utbildad som tillsammans med ombuden arbetat för att förbättra måltidsmiljön och minska risken för undernäring.

Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Palliativa ombud har reflektionsmöten efter dödsfall. 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.

Ett prioriterat fokusområde även 2025 är att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer för att kunna använda resultaten i förbättringsarbetet. Enheten kommer fortsätta utvecklingen av enhetens avvikelshantering med fokus på utredning, orsaksanalys och åtgärd.

### 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.
- Läkemedelshanteringen 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 kontinuerlig 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 sker dagligen för att i team arbeta för att all spetskompetens de olika yrkeskategorierna besitter ska komma patienten till godo. Vi möts i strukturerade möten där patienten har huvudrollen som teammöten, vårdplaneringar, rapporter. Samverkan sker med MAS, MAR, chef HSL och legitimerad personal.

Enheten samverkar regelbundet med regionen, biståndshandläggare och köhanteringen för att säkra informationsöverföringen kring patienter vid in- och utskrivningsprocesser. Ansvarig läkarorganisation Familjeläkarna är en viktig extern partner och samverkansöverenskommelse finns upprättad. Samverkansmöten sker med regelbundenhet.

Tryggt mottagande är en aktör som vi har ett nära samarbete med för att hemgång från korttidsvården ska fungera så bra som möjligt och minska risker för vårdskador. En annan viktig samarbetspartner vid hemgång är primärvården och primärvårds REHAB. Enheten har ett nära samarbete med apoteksverksamhet, tandvårdenhet och leverantör av medicintekniska produkter. Rutiner finns för samverkan liksom för kvalitetskontroller och utbildningar med dessa partners. Enheten har även samarbete med vårdhygien enligt avtal och samverkar även vid behov med smittskydd.

Vid brister i samverkan dokumenteras avvikelser som förmedlas till samverkanspart.

### **3.1.4 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse. Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter. Endast behörig personal har tillgång till journalsystemet. Vid avslut av tjänst ska behörigheter i dokumentationssystem avslutas liksom i NPÖ för verksamheten.

Patient som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring till andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas. Egenkontroller av att hälso- och sjukvårdsdokumentationen följer gällande krav sker enligt rutiner och årshjul för HSL. Detta arbete följs av analys och handlingsplan som följs upp.

Loggkontroller av åtkomst till Vodok eller NPÖ har inte genomförts enligt riktlinjer under 2024. Det är ett område som verksamheten ska utveckla under 2025.

### **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. Baspersonal rapporterar avvikelse till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med chef och MAS. Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras och diarieförs och är en del av verksamhetens avvikelshantering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Enhetschef ansvarar för utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS eller MAR. Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskas får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs.

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS eller MAR.

Samtliga avvikelser samt inkomna klagomål och synpunkter går igenom månadsvis i verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Behovet av åtgärder på individnivå och enhetsnivå, för att minska risken för att händelsen sker igen, ses över. Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Återkoppling till övrig personal sker på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

Arbetet med avvikelseprocess har under året fortlöpt. Avvikelser som identifierats har behandlats på kvalitetsrådet varje månad där analyserna har lett till handlingsplaner och förändrat arbetssätt för att minimera riskerna att händelserna upprepas. Verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal bedöms ha god kunskap om sina enheters hälso- och sjukvårdsavvikelser och arbetar teambaserat. Majoriteten av avvikelserna hanteras generellt sett inom en godkänd tidsram. Fortsatt utveckling kommer att ske inom utredning, analys och åtgärd.

### **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.

Den legitimerade personalen på enheten har mycket erfarenhet och god kompetens.

Sjuksköterskorna har under året genomfört ett flertal olika digitala utbildningar i palliativ vård som erbjudits via PKC. SBAR-utbildning och kompetensutveckling om psykisk ohälsa och LHBTQI har under året genomförts av all personal. Utbildning i SBAR har getts till baspersonalen om viktiga observationer och strukturerad kommunikation vid förändringar i äldres hälsotillstånd när kontakt tas med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Enheten har genomfört utbildning i läkemedelsdelegering via Apoteket AB.

Verksamhetsutvecklare har aktivt arbetat för att förbättra dokumentationen i Vodok. Det har genomförts utbildningar i förflyttnings och lyftteknik, mat och måltider, samt basal hygien för all personal.

Verksamhetens arbets- och fysioterapeut har under 2024 haft utbildning i förflyttningsteknik för sommar- och timvikarier och för baspersonal som inte gått förflyttningsutbildning tidigare. En utbildning vilket kompletteras med individuell handledning vid behov.

Olika digitala och kortare utbildningar som värdegrund, kost och palliativa utbildningar erbjuds regelbundet. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbete för att fortsätta hålla en hög kvalitet.

### **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.

Patienten och närstående görs delaktig i utformningen av vården. Vid inflyttning möts all spetskompetens, patienten och ofta närstående för att delge information och önskemål vad gäller omvårdnad och hälso- och sjukvårds information. Verksamhetens uppdrag är att utföra patientens önskemål på allra bästa sätt.

Patient tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring till andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas.

I verksamheten finns olika exempel på former för samverkan med patienter och deras anhöriga. Det kan vara anhörigträffar eller utskick med information om planerade och genomförda aktiviteter och förändringar i verksamheten. Via anhörigträffar finns möjlighet att lämna synpunkter och ta del av information om verksamheten. Anhöriga informeras om aktiviteter som anordnas.

Mottagna synpunkter och klagomål registreras och analyseras av chef tillsammans med lämpliga berörda parter. Åtgärder återkopplas till den som lämnat klagomål efter att ärendet har hanterats.



Resultat av närståendeenkäter, efterlevandesamtal, individuppföljningar och brukarundersökning analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet.

#### 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 i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel 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
Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån framtagna mallar för egenkontroll	8 gånger under året	Vodok
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning.
Vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll utifrån svensk förening för vårdhygien ( SFVH) framtagna checklista.
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistreringsblankett.
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet. Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer.
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 per år	Senior Alert.
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandling och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna synpunkter och klagomål
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger per år	framtagen checklista

### Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
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. Genomförda observationer visar att andelen medarbetare som följt samtliga basala hygienrutiner och klädregler uppgår till ca 96%.</p> <p>2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.</p> <p>3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 95%.</p> <p>4. egenkontroll av vårdhygienisk standard har genomförts enligt årshjul.</p>	<p>Målet är uppnått. Ingen spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner har skett under året.</p> <p>Enhetens samlade bedömning är att genomförda egenkontroller visar ett godkänt resultat.</p>

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	Andel boende med aktuell riskbedömning för: -fall uppgår till 94 procent -undernäring till 94 procent. -trycksår till 94 procent. - ohälsa i munnen till 72 procent.  Andel boende med aktuell bedömning av:  -ADL förmåga uppgår till 91 procent. -Funktion- och förflyttningsförmåga till 94 procent.	Målet delvis uppnått.  Andelen genomförda riskbedömningar enligt Roag ligger under accepterat målvärde på 90 %.  Målet uppnått.
Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierade risk för: -fall uppgår till 91 procent -undernäring till 100 procent. -trycksår till 85 procent	Målet delvis uppnått.  Andelen upprättade hälsoplaner vid bedömd risk för trycksår ligger enligt egenkontroll under Accepterat målvärde på 90%.
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 visar att ViSam beslutsstöd används av sjuksköterskor som stöd för klinisk bedömning.	Målet uppnått.
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 fastställt årshjul.	Målet delvis uppnått.  En samlad bedömning är att resultaten visar en fortsatt förbättrad dokumentation men inte fullt ut når ställda krav i samtliga granskade vårdprocesser.
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, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.	1. se resultat under avsnitt 4.5  2. Uppföljning av enhetens egna framtagna palliativa indikatorer såsom genomförda reflektionssamtal samt erbjudna och genomförda efterlevandesamtal.	Målet delvis uppnått.  1. Den palliativa vården har fortsatt utvecklats. Resultatet för samtliga kvalitets indikatorer i Svenska palliativregistret har förbättrats men når inte helt uppsatt målvärde.  2. Målet uppnått. Uppföljningen visar Reflektionssamtal genomförs efter dödsfall och efterlevandesamtal erbjuds.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	Minst månatlig Uppföljning av att:- 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.	Avvikelse som identifierats har behandlats på kvalitetsrådet varje månad där analyserna har lett till handlingsplaner och förändrat arbetssätt för att minimera riskerna att händelserna upprepas.  Information och återkoppling ges till personal vid APT.	Målet uppnått.

### Samlad analys

Den samlade bedömningen är att verksamhetens mål för 2024 delvis uppnått. Inga smittsamma sjukdomar och infektioner har spridits inom enheten under året. Egenkontroller vad gäller basal hygien och klädregler som genomförts under året visar på hög följsamhet inom observerade områden. Kontinuerlig dialog om uppföljningsresultat är av vikt och genomförs.

Alla patienter erbjuds riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring och riskbedömningar har under året genomförts och når över accepterat målvärde på 90%. Mätning visar att sjuksköterskans riskbedömning enligt Roag ( ohälsa i munnen) ej helt nått målnivån och är därmed ett förbättringsområde. En orsak kan vara Roag även genomförs av den uppsökande tandvården som erbjuds kostnadsfritt enligt avtal.

Bedömningar av ADL förmåga samt funktions-och förflyttningsförmåga har utförts för så gott som samtliga patienter. Enheten arbetar tillsammans med Rehab-personal på närliggande enhet och kan då bättre möta perioder av ökat behov av insatser från Rehab.

Dokumentationen av genomförda riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov och hälsoplaner har fortsatt utvecklats positivt. Egenkontroller och stöd av framtagna mallar och process för egenkontroll enligt fastställt årshjul har bidragit till systematik, lärande och utveckling. Egenkontroller visar att ViSam beslutstöd används av sjuksköterskorna som stöd för klinisk bedömning vid försämrat hälsotillstånd hos patient.

Det teambaserade palliativa arbetet är välfungerande och verksamheten kan se i palliativregistret se förbättrade resultat i kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Genomfört utvecklingsforum och samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation kring den palliativa vården är några exempel som ses ha bidragit till den positiva utvecklingen. Arbetet utifrån framtagna rutiner fortsätter 2025.

Verksamheten genomför återkommande egenkontroller under året och resultaten analyseras, åtgärder sätts in och vi följer upp nya resultat tillsammans med MAS, MAR och verksamhetsutvecklare i stadsdelen på möten för hälso-och sjukvårdspersonal och kvalitetsråd.

## 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

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. I Vodok Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Under året har ingen händelse som utretts i verksamheten som medfört vårdskada

## 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.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt årshjul för hälso- och sjukvården enligt beslutade rutiner.

**Smittförebyggande arbete-** Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta är centralt på enheten. Personal genomgår årligen vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygienisk

standard genomförs enligt årshjul. Punktprevalensmätningar genomförs analyseras och handlingsplan upprättas vid identifierade brister som följts upp. Infektionsregistreringar följs upp.

**Läkemedelshantering och delegering-** Extern kvalitetsgranskning och egenkontroll av läkemedelshantering och delegeringsförfarandet genomförs årligen. Handlingsplan har upprättats för rekommenderade åtgärder och har följts upp. Som till exempel att sjuksköterskorna utvecklat sina rutiner för en mer systematisk uppföljning av givna delegeringar. Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare. Chef och sjuksköterskor har utbildats i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

**Bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov-** Rutiner finns för strukturerade evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov som utgångspunkt för planering av åtgärder. Under året har enheten fortsatt implementering av beslutsstödet ViSam vid försämrat hälsotillstånd hos en patient som stöd för bedömning av patientens behov av vårdnivå.

**Hälso- och sjukvårdsdokumentation-** Dokumentationsgranskning sker genom egenkontroller utifrån rutiner och årshjul för HSL. Verksamhetsutvecklare inom avdelningen för äldreomsorg finns som stöd. Handlingsplan har upprättats för arbetet med att förbättra identifierade brister. Det är ett tidskrävande och inte helt lätt dokumentationssystem där en stor del av sjuksköterskans tid läggs.

**Palliativ vård i livets slutskede-** Arbetet med den palliativa vården i livets slut analyseras med hjälp av Svenska Palliativ registrets rapporter med regelbundenhet. Arbetet med att utveckla den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

### 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.

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i

verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående och protokoll från teammöten analyseras och sammanställs. Inkomna synpunkter och klagomål från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras. På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, 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 genomför kvalitetsråd varje månad då representanter från de olika personalkategorierna deltar. Samtliga avvikelser gällande HSL och SoL från föregående månad analyseras. Bedömning görs om det är vårdskada eller ej. Även synpunkter och klagomål diskuteras i detta forum. Ombuden förmedlar resultat och eventuella ändringar av rutiner till sina kollegor på avdelningen. På APT lyfts även detta av ombuden. På samtliga APT lyfter vi vikten av att skriva avvikelser som ett led i enhetens utvecklingsarbete. Vi har även förtydligat hur baspersonalen ska hantera muntliga klagomål som inkommer från patienter och närstående.

## Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	18	18	Utebliven dos= 14 förväxling av patient=1, Feladministrerat läkemedel=1 Förväxling av tidpunkt=1 läkemedeldos saknas=1
Specifik omvårdnad	7	6	Avvikelse som rör utebliven/ brist i utförd omvårdnadsinsats=5 Avvikelse som rör uteblivet underhåll medicinteknisk produkt=1. Avvikelse som rör felaktigt utförd nutritionsåtgärd=1
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	7	1	Misstanke om brist i hudbedömning
Vårdkedjan	2	0	Ingen brist HSL- Utredning SoL
Vårdrelaterad infektion	0	0	
<b>totalt</b>	35	25	

## Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård
51	5 varav 1 fraktur	1

Älvsjögårdens rapporterade avvikelser inom områdena läkemedel och specifik omvårdnad har minskat avsevärt i jämförelse med 2023. Under 2023 handlade rapporterade avvikelser inom läkemedelsområdet (180 st.) och specifik omvårdnad (99 st.) överlag om avvikelser relaterat till brister i att signera givna doser och utförd specifik omvårdnad.

Enheten har under året arbetat med kontinuerlig uppföljning, återkoppling och dialog kring avvikelser på enhetens kvalitetsråd, samt arbetat med tätare uppföljningar av delegerade uppgifter för att snabbare uppmärksamma avvikelser. Analyser har lett till handlingsplaner och förändrat arbetssätt. Då verksamheten har sett att de flesta läkemedelsavvikelser skett på eftermiddagarna har verksamheten upprättat en rutin för att det ska finnas ansvarig namngiven person som administrerar läkemedel vid 14-tiden.

Älvsjögården har 51 fall 2024, vilket är en liten ökning jämfört 2023, då antalet fall var 43. Trots det har enheten ett fortsatt lågt antal fall. Ett resultat av att enheten arbetar teambaserat och systematiskt för att förebygga fall. En utredning sker i samband med varje fall och hanteras därefter på kvalitetsråd. En fraktur och fyra rapporterade fallincidenter där patient ådragit sig annan skada, av dessa har skadorna handlat om mindre skrapsår, bulor eller blåmärken och en sårskada. Antalet skador är lågt och oförändrat jämfört med föregående år.

Egenkontroll av riskbedömningar för trycksår tyder på att enheten har ett preventivt arbetssätt



för att förebygga uppkomsten av trycksår. Det kan trots det vara svårt att helt förhindra. Lärdom av detta är att vi måste bli snabbare med att sätta in åtgärder. Uppkomsten av vissa trycksår går mycket fort. En annan är att all personal behöver ha tillräckliga kunskaper för att snabbt identifiera risker, men även att förbättra information som kan motivera patienten till att medverka i olika trycksårspåbyggande åtgärder.

I sammanställningen över avvikelser noteras att områden som specifik rehabilitering och brister i vårdkedjan, har inga eller ett lågt antal avvikelser. Verksamheten behöver kommande år synliggöra för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som skulle kunna vara avvikelser inom dessa områden.

#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Enheten har inte tagit emot något klagomål gällande hälso- och sjukvård under året.

Synpunkter som inkommer hanteras på kvalitetsrådet på enheten där en analys genomförs, åtgärder upprättas och genomförs varefter uppföljning sker.

### 4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

#### 4.5.1 Svenska palliativregistret

I palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måttal 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%	86,7%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	86,7%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	86,7%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	86,7%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	86,7%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	80%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	80%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	73,3%

Enhetens resultat för kvalitetsindikatorerna är förbättrade inom samtliga kvalitetsindikatorer i jämförelse med föregående år.

Enheten har utvecklat sina arbetsätt för att säkerställa ett gott omhändertagande i den palliativa vården i livets slutskede. Enheten har utbildade Palliativa ombud och arbetet med Dö-Bra-samtal har utvecklats. Reflektionssamtal efter dödsfall genomförs med medarbetarna, samt tillsammans med ansvarig läkare. Efterlevande samtal erbjuds. Nätverksträffar för palliativa ombud har genomförts i stadsdelen i syfte att byta erfarenheter och sprida goda

exempel vad gäller det palliativa arbetet vid vård i livets slutskede. utvecklingsforum och samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation har genomförts.

#### 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 arbetssätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under 2024.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
44	83%	90%	76%

Ca 75 % av de boende har registrerats i Senior Alert under 2024. Registret ger stöd för planering av evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetssätt i patientsäkerhetsarbetet. Enheten arbetar fortsatt vidare med Senior Alert som ett verktyg för ett systematiskt arbetssätt.

### 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. 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.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån fastställt årshjul visar på en positiv utveckling. Riskbedömningar dokumenteras och upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalerna har utvecklats i omfattning och kvalitet utifrån de krav som ställs. Arbetssättet med egenkontroller, redovisning och analys av resultat med stöd från verksamhetsutvecklare och processledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation fortsätter.

Enheten kommer arbeta vidare med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist.

Ett fortsatt prioriterat fokusområde under året är att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer för att bättre ta tillvara i förbättringsarbetet.

## 6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
1. Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</li> <li>- Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer.</li> <li>- Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande.</li> <li>- Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</li> <li>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</li> <li>- Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL.</li> <li>- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.</li> </ul>
2. Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Utbildad SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen.</li> <li>- Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>-Sjukgymnast/fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan.</li> <li>3. ViSam beslutsstöd används för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</li> <li>- Egenkontroll av ViSam användning .</li> </ul>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
3. Informationssäkerhet	<p>1. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen fortsätter att utvecklas för att leva upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.</p> <p>2. Åtkomsten till patientuppgifter i journal och NPÖ säkerställs genom loggkontroller.</p>	<p>1. Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</li> </ul> <p>2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller.</p>	<p>- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul under året.</p> <p>- Egenkontroll av genomförda loggkontroller av åtkomst till patientuppgifter i journal och NPÖ under året.</p>
4. Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<p>- Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut.</p> <p>- Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande.</p> <p>- Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret.</p> <p>- efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs.</p>	<p>- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad.</p> <p>- Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar under året.</p>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
5. Avvikelsehantering	<p>Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.</p> <p>Enheten ska arbeta för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förbättrad utredning, orsaksanalys och åtgärder</li> <li>- Att samtliga avvikelser slut hanteras inom en godkänd tidsram på en månad.</li> <li>- Ökad spridning av avvikelser.</li> </ul>	<p>- Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</p> <p>- Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras i avsett system för avvikelsehantering enligt riktlinjer och rutiner.</p> <p>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och utreds. Åtgärder planeras och följs upp.</p>	<p>Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömts.</p>
6. Utveckla arbetssätt för delegering, rehabiliterings- området	<p>Ökad kunskap och tydliggörande av arbetsprocess för delegering för arbets- och fysioterapeuter.</p>	<p>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.</p>	<p>Följa upp antalet delegeringar 2024 jämfört med 2025</p> <p>-Att det finns en ny rutin.</p>