

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Trekantens servicehus



Datum: 2025-02-20

Ansvarig för innehåll: Beata Torgersson, 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.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
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 Avvikelse.....	16
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	18
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år	20

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 är att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Att främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Enheten har fortlöpande arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar.

Egenkontroller visar hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Infektionsregistrering har följts varje månad. Vaccinationer har genomförts. Enheten har endast haft enstaka fall av utbrottsbenägna infektioner under året. Ingen spridning har skett.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Egenkontroll visar att individuella riskbedömningar genomförs i hög grad.

Under året har det palliativa arbetet varit ett fokusområde. Medarbetarna har arbetat med DöBra verktyget på ett systematiskt sätt och inom HSL har samverkan mellan läkare och sjuksköterska gällande brytpunktssamtal och hur man kan arbeta för att identifiera tidiga tecken på övergång till livets slutskede för att säkerställa ett gott omhändertagande i den palliativa vården och omsorgen varit ett fokusområde.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva har enheten arbetat systematiskt med sin avvikelshantering. Rapporterade avvikelser har sammanställts och analyserats av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten och avdelningsmöten i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.

För stöd och utbildning i nutritionsvårdsprocessen och dokumentation har samverkan har skett med stadsdelens dietist och verksamhetsutvecklare inom HSL. En utsedd sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar nutrition finns i verksamheten.

Framåtblick 2025

Organisationsförändringar under 2025 medför att en ny chefsstruktur införs. Bland annat en områdeschef med ansvar för verksamhetsområdet HSL, samt HSL enheter med enhetschefer för legitimerad personal. Att utveckla samverkan kommer att vara av vikt.

Verksamheten behöver fortsätta sitt kontinuerliga arbete med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och förbyggande arbetssätt för att identifiera risker för vårdskador. Dokumentationen fortsätter att utvecklas.

Område som behöver arbetas vidare med är den palliativa vården. Vi kommer fortsätta arbetet med samtalsverktyget DöBra. Vi ska fortsätta kvalitetsarbetet med en god följsamhet till socialstyrelsens framtagna indikatorer för en god palliativ vård i livets slut i samverkan med ansvarig läkare. Teambaserade arbetssätt där palliativa ombuden ska arbeta nära med sjuksköterskan för analys av resultat och hur det kan användas till att förbättra/säkra verksamheten ännu mer fortsätter vi utveckla.

Att utifrån analys använda resultat av insamlad data från egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål, brukarundersökningar, närståendeenkäter i förbättringsarbetet ska vi utveckla vidare. Detta kommer ske i samverkan med enhetschefer för HSL enheter, enhetschef enhet, verksamhetsutvecklare HSL, MAS och MAR.

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.
- Hälsa- 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 Hälsa- 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 ett mötestillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på 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 vården planeras.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte vid ett tillfälle per månad där fokus ligger på planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. Analys av avvikelser i HSL tas på avdelningsmöte möte en gång i veckan.

Verksamhetschef, MAS, MAR och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har en samverksansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna. I regelbundna samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, patientansvarig läkare, MAS, verksamhetschef samt verksamhetsutvecklare för HSL 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 tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm samt smittskydd. Samverkan sker med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen och utbildning. Verksamheten samverkar med tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och utbildning till personal i munvård enligt avtal, samt med avtalad utförare av fotsjukvård.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet

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 samt avslut av system.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess och hur samtycke sker enligt GDPR. Behörighetstilldelning för nyanställd personal tilldelas av ansvarig chef HSL.

Regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst, loggkontroll. Detta sker en ggr/månad av utsedd kontrollperson vid enheten. Genomförda loggkontroller har inte påvisat någon obehörig åtkomst.

Återkommande egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat

att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal har tillförts journalen. Vid identifierade brister upprättas handlingsplan.

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 avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef, MAS eller MAR.

Vi chefer kommunicerar öppenhet och dialog kring avvikelser. Vid olika mötesforum arbetar vi med värdegrundskort för äldreomsorgen. Medarbetarna redovisar sina tankar och funderingar gällande olika dilemman och frågeställningar och vi får bra respons från personalen att man tycker detta känns bra. Denna transparens med avvikelser och händelser skapar en tillåtande arbetsmiljö. Vi har även en reflektionshandledare i verksamheten och reflektionsmöten är också inbokade regelbundet.

Varje avvikelse hanteras i så nära anslutning till när det inträffat som möjligt och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelsena sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen för att dra lärdom av både positiva och negativa händelser.

Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid avdelningsmöten samt aktuell avvikelse vid det dagliga rapporteringstillfället med baspersonalen.

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.

Verksamheten har minskat andelen timanställda, syftet är att få en förbättrad kontinuitet för våra boende. Dessa schemaförändringar har lett till tätare kontakt med våra ordinarie personal.

Kompetensförsörjningen gällande sjuksköterskor har varit att vidareutveckla sig i nutrition i samverkan med vår dietist. Även det palliativa arbetet i samverkan med verksamhetsutvecklare, läkare och medarbetare har gett en högre kompetens då kunskapsutbyte sker över yrkesgränserna.

Utbildning från Apoteket gällande läkemedelsdelegering har både sjuksköterskor och chefer deltagit i under året. Även vårdpersonal har under 2024 påbörjat och genomfört nu ny digital utbildning i läkemedelshantering inför eventuell delegering på Apotekets webbplats.

Våra ordinarie sjuksköterskor har utbildats i kliniskt bedömning och användning av ViSam beslutsstöd och implementering pågår.

Vi använder framtaget introduktionsprogram för att säkerställa introduktion för dessa yrkesgrupper vid nyanställning. Här säkrar vi upp en likställd introduktion för alla sjuksköterskor vid enheter i Hägersten-Älvsjö stadsdel.

Reflektionsmöten/handledning hålls av sjuksköterska med personalen vid dödsfall hos våra boende. Även avstämningsmöte mellan sjuksköterska och läkare. Sjuksköterskan kontaktar även efterlevande en tid efter bortgång av boende. Tid avsätts extra för detta arbete.

Under året som kommer fortsätter vi med att utveckla den palliativa vården i livets slutskede för hela verksamheten. Ombudsrollerna kommer även få mer tydliga uppdrag och mandat med stöd av chef.

Utmaning under året kommer vara den nya chefsstrukturen, att implementera nya arbetssätt samt former för hur samverkan ska se ut.

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 kontaktperson. Vid mötet lämnas en informationsbroschyr om verksamheten och information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

För att utveckla verksamheten använder vi efterlevnadsamtal, analyserar brukarenkät och arbetar med individuppföljningar. Detta är en del av verksamhetens kvalitetsarbete.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående enligt rutin.

Servicehuset har även en reception öppen för alla mån-fred vid frågor och kontakt med verksamheten. Chefer finns tillgängliga vid frågeställningar från våra boende. Vi bokar då även tid för möte.

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 förflytningsförmåga	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
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 .	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
Vårdhygieniskt standard	1 gång per år	Protokoll framtagen av svensk förening för vårdhygien(sfvh)
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Infektionsregistreringsblankett
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	4 gånger 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	1 gång per månad	Vodok och NPÖ
Egenkontroll av ViSam användning	2 gånger i år	Framtagen checklista
Uppföljning av framtagna palliativa indikatorer	Vid palliativa ombudsmöten	Framtagen checklista

Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2024

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måloppfyllelse
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 92%.</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>	<p>Målet uppnått. Ingen spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar har skett.</p> <p>Resultatet av genomförda egenkontroller visar ett delvis godkänt resultat</p> <p>Område att arbeta vidare med har varit följsamheten till handdesinfektion. innan besök hos boende. En åtgärd har varit att placera handsprit inne i lägenheterna samt plasthandskar inne hos våra boende..</p>
<p>Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.</p> <p>Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p>	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	<p>Andel boende med aktuell riskbedömning för:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 92% - undernäring till 92% -trycksår till 92 % - ohälsa i munnen till 96%. <p>Andel boende med aktuell bedömning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL förmåga uppgår till 92 % -funktion- och förflyttningsförmåga till 94%. 	Målet bedöms uppnått. Andelen genomförda riskbedömningar och bedömningar ligger över accepterat målvärde på 90%
Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.	Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.	<p>Andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen vid identifierade risk för</p> <ul style="list-style-type: none"> -fall uppgår till 97% -undernäring till 90% -trycksår till 100%. 	Målet bedöms som uppnått. Andelen upprättade hälsoplaner vid bedömd risk når accepterad målnivå 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 sjuksköterskorna vid försämrat hälsotillstånd hos patient .	Målet uppnått.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	Egenkontroller av hälsa- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.	Egenkontroller har genomförts enligt årshjul.	Den samlade bedömningen är att målet inte helt uppnås. Resultaten av egenkontroller visar att dokumentationen förbättrats i kvalitet, men når inte fullt ut ställda krav i samtliga granskade vårdprocesser.
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 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.	Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner. Avvikelse har följts upp i enhetens forum för avvikelsehantering och åtgärder har planerats och följts. Regelbunden information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet har getts till personal i samband med introduktion och på APT.	Målet uppnått.

Samlad analys

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flertalet av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2024 har uppnåtts. Analys och återkoppling av resultat från egenkontroller och indikatorer görs vid HSL möten samt vid kvalitetsråd under året. Här har styrkor i dokumentation lyfts för att bevara och hålla i kvalitén. svagheter har lyfts och diskussion har förts om orsaker till brister.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och indikerar att personalen följer rutinerna. Områdena enheten arbetat och arbetat vidare med är följsamheten till handdesinfektion innan besök hos boende. Handdesinfektion placeras nu tillgängligt inne hos boende. Vi chefer måste påtala detta till vår personalgrupp vid interna möten. Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett.

Individuella riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov har genomförts i hög grad och når uppsatt mål. Andelen patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten är i jämförelse på en fortsatt låg nivå, ca 3 procent.

Egenkontroll av hälsa- och sjukvårdsdokumentationen visar att den över tid och med utbildningsinsatser har förbättrats men når inte helt uppsatt mål i samtliga granskade processer. Den samlade bedömningen är att dokumentationen av hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd finns men att den behöver utvecklas och hållas aktuell. Dokumentation av teammöten samt uppföljning av hälsoplan och åtgärder behöver också förbättras.

Egenkontroll utifrån dokumentation av ViSam beslutsstöd i Vodok visade på en förbättring

2024. Fortsatt Implementering av arbetssättet är något enheten kommer arbeta vidare med 2025. Stöd av checklistor och egenkontrollerna har bidragit till lärande i hur ViSam ska användas och dokumenteras.

Enheten har en välfungerande struktur för sin avvikelshantering. Avvikelse lyfts i forum tillsammans med chef, HSL personal samt omvårdnadspersonal och diskussion förs gällande orsaker och åtgärder. Framgångsfaktor är tätheten i möten med en tydlig avstämning av resultat och uppföljning av åtgärder. Allt dokumenteras i minnesanteckningar som delges all personal på huset. Detta arbetssätt kommer fortlöpa under 2025.

Följsamheten till Svenska palliativ registrets indikatorer för en god palliativ vård i livets slut är hög. Här arbetar vi 1 ggr/månad i team vid palliativa ombudsmöten där vi följer upp handlingsplanen inom det palliativa området samt talar om genomförda Döbra samtal, reflektionsamtal, efterlevnadssamtal samt genomgång av spindeldiagram från palliativ register.

Genomförd egenkontroll visar att följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering är hög. Under 2024 har baspersonalen påbörjat och genomfört ny utbildning i läkemedelshantering inför eventuell delegeringsutbildning från Apoteket.

Arbetet med nutritionsvården har fortsatt utvecklats genom att utföra tätare riskidentifiering. Vi använder riskbedömningsinstrumentet "tre frågor var tredje månad" som stöd i att identifiera patienter med ökad risk för undernäring. Vi samverkar med dietisten vid upptäckt behov.

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 anmälts enligt lex Maria
0	1	0

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelse går igenom på HSL möten av enhetschef och HSL gruppen och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller riskerat att medföra en vårdskada. Under året ingen händelse som medfört en vårdskada utretts i verksamheten.

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.

HSL dokumentationen har följts upp genom systematiska egenkontroller under året enligt årshjul och utifrån olika vårdprocesser. För identifierade brister har handlingsplan upprättats och följs upp.

Nutritionsvårdsprocessen- Samverkan och mötesforum för SNUD och måltidsombuden har skett med dietist för att utveckla nutritionsvårdsprocessen. Sjuksköterskorna har haft stöd av dietist utifrån resultat av genomförda egenkontroller.

Palliativ vård i livets slutskede - Utvecklad samverkan och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall, Dö Bra kortleken har använts för att underlätta samtal om livets slutskede samt öka personcentrering vid vård i livets slut. Rutiner för att utveckla systematiken kring efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall har tagits fram.

ViSam - Beslutsstödet för strukturerad klinisk bedömning vid försämrat hälsotillstånd hos en patient används av sjuksköterskorna. Under 2024 har vi arbetat vidare med implementeringen. Sjuksköterskorna tycker arbetsredskapet känns som stöd vid bedömningar.

Läkemedelshantering och delegering -Egenkontroller och extern granskning av Apoteket AB har genomförts enligt årshjul och visar att enheten har god följsamhet till rutiner och riktlinjer. rekommenderade åtgärder har vidtagits. Läkemedelsgenomgångar har genomförts för samtliga patienter i samverkan med ansvarig läkare. Chef och sjuksköterskor har utbildats i läkemedelshantering och delegering via Apoteket AB.

Smittförebyggande arbete- Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts enligt beslutat årshjul. Resultatet har följts upp med åtgärder.

Avvikelser/synpunkter och klagomål- Enheten har rutiner för avvikelshantering. Kvalitetsråd sker varje vecka .Här tas avvikelser upp och analys sker i teamet.

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 arbets sätt och rutiner. Genom riskanalyser har det blivit tydligt vilka förbättringar eller uppdateringar av rutiner som behövt göras

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 samt diarieförs.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar och bedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas.

Dessa teammöten stärker alla medarbetare i aktuell information gällande våra boende. Alla medarbetare uppdaterar sina journalhandlingar efter teammöten för god informationsöverföring till andra kollegor.

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

Avvikelseprocessen initieras varje onsdag med möte mellan sjuksköterskor och rehab personal. Här tas nya avvikelser upp och föregående från veckan innan avslutas. Vid avdelningsmöte varje fredag avsätts 15 minuter till kvalitetsråd, att i teamet undersköterska, sjuksköterska, rehab och chef analysera veckans avvikelser.

Denna regelbundna, täta mötesstruktur skapar för medarbetaren delaktighet och förståelse för processen.

Detta goda arbetssätt har varit en framgångsfaktor. Det har lett till minskning av avvikelser. Som chef är det dock alltid viktigt att informera personal om rapporteringsskyldighet för att säkerställa att det inte är en underrapportering.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	19	17	Samtliga avvikelser berör utebliven dos
Specifik omvårdnad	0		
Specifik rehabilitering	0		
Trycksår	0		
Vårdkedjan	1	0	Brist i informationsöverföring
Vårdrelaterad infektion	0		
totalt	20	17	

Enheten har 2024 påbörjat genomförandet av en ny utbildning i läkemedelshantering från Apoteket AB till personal inför eventuell delegering.

Vi ser i år en minskning av inrapporterade avvikelser. Sjuksköterskan följer enligt rutin upp avvikelser som rör läkemedel vid kvalitetsråd varje vecka. Samtliga avvikelser berör utebliven dos. Orsaker kan vara att personalen känner sig stressade samt att man blir avbruten i sin arbetsuppgift. Dessa analyser görs i samråd med chef och medarbetare och förbättringsåtgärder identifieras. Sjuksköterskan lyfter även delegeringsuppdraget vid kvalitetsråd.

Vårdkedja- Brist i kommunikation från sjukhuset till oss informationen var för knapphändig. Vi uppmärksammar detta vid interna möten och synliggör detta dilemma som kan uppstå. Rutin för kommunikation av externa avvikelser finns.

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
94	8 varav 2 frakturer.	1

De rapporterade skador som inte fick konsekvensen fraktur handlar om skador i form av bulor, skrapmärken, sårskada samt blåmärken.

Antalet fallincidenter har minskat med 60 % i jämförelse med föregående år. Som orsak till de stora variationerna ses att ett fåtal personer stod för en hög andel av de inträffade fallen. Även under 2024 ses samma trend.

Vid sammanställningen kan ses att ett mindre antal personer står för en hög andel av fallincidenterna. Fallen sker vid egen förflyttning. De fall förebyggande åtgärderna som planeras utgår från teamets analys och den enskilda patientens behov. Vi ser en utveckling att under året har teamarbetet gällande analys och åtgärder vid fall förbättrats. Anledning kan vara att kvalitetsmöte gällande fall med rehabpersonal och sjuksköterskor hålls en gång i veckan.

Få fall har under året lett till fraktur vilket tyder på att enheten arbetar effektivt med att utifrån riskbedömningar och analyser av avvikelser arbeta med skadepreventiva åtgärder.

I samband med inflytt ser sjukgymnast över hjälpmedel och informerar om skadepreventiva åtgärder. Arbetsterapeut ser över möblering i lägenheten och föreslår eventuella behov av förändring. Vid boendes försämring bedöms ADL - förmåga och arbetsterapeut kontaktar vid behov biståndshandläggaren för ökade insatser. Vid interna möten i teamet sker dialog kring den boendes allmänna tillstånd.

Målet är att arbeta med en säkerhetskultur och se till att all personal känner ansvar och medverkar i att identifiera och rapportera eventuella risker i arbetssätt och/eller organisationen. Viktigt är även att vi i ledningen lyfter detta och följer upp i verksamhetens gemensamma mötesforum för att minska risker för underrapportering.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Verksamheten följer stadsdelens policy gällande rutiner för synpunkter och klagomål. Det som rör hälso- och sjukvård sammanställs av sjuksköterska samt rehab och analyseras på interna möten på enheten. Återkoppling sker alltid enligt rutin till berörda parter.

Enheten har 2024 tagit emot ett klagomål gällande upplevelsen av en legitimerad timanställd personals bemötande vid samtal.

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%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	100%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	100%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	100%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	50%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	100%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	100%

Resultatet är baserat på ett fåtal registreringar.

Under 2024 har vi arbetat med palliativ vård på ett nytt förändrat arbetssätt. Målet är att våra boende ska kunna uttrycka egna önskemål och att vi ska skapa en delaktighet för våra äldre i deras sista tid i livet.

Arbetsredskap som DöBra kort är framtagna och med dessa får medarbetare och boende ett stöd i att kommunicera kring olika frågeställningar inför den palliativa vården. Vår personal kan på detta vis få till stånd en personcentrerad vård i livet slut. Samverkan mellan sjuksköterska och läkare är också en viktig parameter. Fortsatt prioriterat område är smärtskattning.

Frågeställningar kring den personcentrerade vården följs upp vid den årliga brukarundersökningen.

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 i Senior Alert under 2024.

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
45	89%	98%	76%

Knapp 60% av boende har registrerats i Senior Alert under 2024. Resultatet ligger i nivå med föregående år. Detta är ett utvecklingsarbete som behöver fortsätta

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.

Riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verksamheten fortsätter arbetet med dokumenterad utredning av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser vid verksamhetens mötesforum för avvikelshantering

Utifrån resultatet av egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen är den samlade bedömningen att dokumentationen har utvecklats men att det finns områden för förbättring utifrån de granskade processerna under året. Dokumentation av teammöten samt uppföljning av hälsoplan och åtgärder är exempel på områden.

Enhetens arbete med nutritionsvårdsprocessen fortsätter med stöd av dietist och utsedd sjuksköterska SNUD. I samverkan med ansvarig läkare ska verksamheten fortsätta förbättra och utveckla enhetens arbete med den palliativa vården och säkerställa ett gott omhändertagande i livets slutskede.

Fortsatt arbete med egenkontroller enligt årshjul för HSL sker. Analys och uppföljning av resultatet från egenkontroller, kvalitetsregister och insamlad data används i förbättringsarbetet.

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.
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"> - Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Utbildad SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för att vidareutveckla arbetet med nutritionsvårdsprocessen. - Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Sjukgymnast/fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer. - Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan. - Fortsatt implementering av ViSam beslutsstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer. - Egenkontroll av ViSam användning .

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Informationssäkerhet	<p>1. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen lever 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 Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</p> <p>2. Översyn av enhetens rutiner arbetssätt för loggkontroller ska genomföras.</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.</p>
Palliativ vård	Fortsatt utveckling av en god palliativ vård i livets slutskede som är följbar 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>
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.	<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 åtgärder planeras och följs upp.</p>	Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering och enhetens system för avvikelsehantering att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedömts.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
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.