



Handläggare

Till
Rehabenheten

Telefon:

Verksamhetsberättelse VB 2025 för Rehabenheten

Förslag till beslut

Rehabenheten

start.stockholm

Sammanfattande analys

Den 1 september 2025 tillträdde en ny enhetschef för HSL- Rehabiliteringsenheten i Hägersten-Älvsjö. Under hösten har omorganisationen successivt fallit på plats och medfört tydligare strukturer för ledning och samverkan mellan de olika vård- och omsorgsverksamheterna i Hägersten-Älvsjö.

I september 2025 samlades samtliga arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster i stadsdelen under en gemensam ledning, vilket har skapat andra förutsättningar för ett enhetligt arbetssätt för rehabpersonal i stadsdelen och stärkt HSL samverkan. Den nya strukturen har också möjliggjort utökade forum för kunskapsutbyte, gemensam utveckling och erfarenhetsdelning mellan rehabpersonal som arbetar på vård- och omsorgsboenden, servicehus och korttidsverksamheter.

Gemensamma APT-möten för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har införts, med fokus på frågor som rör kvalitetsutveckling, patientsäkerhet och en trygg arbetsmiljö ur rehabs perspektiv och uppdrag. Dessa möten har blivit en viktig plattform för att identifiera behov, främja samsyn och stärka det kollegiala lärandet samt stärka kunskapsutbytet.

Gemensamma planeringsdagar för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor har ägt rum. Med temat: Teamarbete, kommunikation och informationsöverföring. För en ökad sammanhållning, ökat samarbete, och ökad samsyn kring utvecklingsområden och framtida fokusområden inom HSL.

Enhetschefen har varit aktivt delaktig i utredningen av avvikelser, vilket har bidragit till en starkt överblick över händelser och riskområden utifrån ett HSL-perspektiv. Detta har gett ökad möjlighet att lära av varandra och stärka kompetensen samt patientsäkerheten i stadsdelen.

Utvecklingsarbetet inom enheten har under året fortsatt att stärka fysioterapeuterna och arbetsterapeuternas professionella roll genom återkommande nätverksträffar och forum för erfarenhetsutbyte. Vid dessa tillfällen har goda arbetssätt lyfts fram, och exempel på framgångsrika lösningar inom patientnära utvecklingsarbete har delats mellan deltagarna. Under året har flera rutiner anpassats och förtydligats utifrån verksamhetens behov och dessa uppdaterade rutiner är nu införda i verksamhetens processkartor i 2C8.

I enlighet med dokumentationsårshjulet har rehabpersonal genomfört granskningar samt egenkontroller av HSL-relaterade hälsoplaner och den löpande dokumentationen. Egenkontrollerna har bidragit både till kompletteringar i journalerna samt ett fördjupat lärande vilket har bidragit till en ökad kvalitet och tydlighet i den samlade dokumentationen. Förbättringsbehov har synliggjorts för både den enskilde medarbetaren men även som grupp.

Rehabpersonal har därefter arbetat systematiskt med att stärka dokumentationens kvalitet för att säkerställa att den uppfyller gällande krav och bidrar till ett tryggt och sammanhållet vårdkedja. Rehabpersonal har under året fått kontinuerligt stöd genom sitt dokumentationsombud som finns på var enhet, som i sin tur fått kontinuerligt stöd o dokumentationsombudsforum.

Det palliativa arbetet pågår vidare utifrån tidigare granskning och för att uppfylla krav

och rådande lagar. De palliativa ombuden har jobbat aktivt med att följa upp viktiga parametrar inom den palliativa vården och skapat rutin för detta. Utveckling av projektet som innefattar hälsoplan samt symtomskattningsåtgärder i journalsystem pågår.

Reflektionsmöten har genomförts i den utsträckning verksamheten tillåtit. Under reflektionsforum har sjuksköterskor, rehab och omsorgspersonal diskuterat arbetet kring de boende samt utmaningar i personalgruppen. Eftersom medarbetarskap och teamarbete har varit centrala delar i utvecklingsarbetet på samtliga enheter har mycket fokus lagts på att stärka samverkan och skapa en god arbetsmiljö.

En utbildnings satsning har gjorts under året med fokus på mat- och måltidsmiljö för personer med kognitiv svikt, där både baspersonal, sjuksköterskor och rehabpersonal deltagit. Som resulterat i ökat fokus och insatser för att förbättra måltidssituation för personer med kognitiv svikt.

Utbildningsinsatser i MTP-kontroller och rengöring av hjälpmedel har genomförts, både som pilotprojekt och sedan genom breddinförande. Detta med bakgrund av uppmärksammasad brist att följa rådande rutin gällande MTP-kontroll av baspersonal månadsvis. Rehabpersonal har utbildat baspersonal på flera enheter inom stadsdelen, samt medverkat i kontroller och uppföljning av nytt arbetssätt. Breddinförande fortlöper 2026 till övriga enheter, för att likställa arbetssätt i hela stadsdelen.

Samtal utifrån DöBra-kortleken har införlivats i samband med inskrivning samt löpande under året, där personalen använder materialet som stöd i samtal om värdighet, önskemål och livets slutskede. Vid inflyttning har informationsmaterial från DöBra-projektet delats ut till nya boende och deras anhöriga. Vissa enheter har kommit längre med att implementera detta som en naturlig del i samtalet med de boende och några enheter har påbörjat implementeringen och befinner sig i ett tidigt seende. Implementeringen kommer att fortsätta under 2026 på samtliga enheter i Hägersten-Älvsjö.

Pilotprojektet kring implementeringen av SBAR som strukturerat rapporteringsverktyg har påbörjats. Syftet har varit att stärka omsorgspersonalens metod vid muntlig överrapportering och HSL personalens förutsättningar att vid mottagande av information från omvårdnadspersonalen, erhålla tillräcklig info för att med säkerhet kunna göra en trygg prioritering av insatserna. SBAR ger förutsättningar att stärka en tydlig och systematisk kommunikation. Genom att arbeta enhetligt med SBAR förväntas rapporteringen förbättras, vårdprocesser bli tydligare och kvaliteten i det samlade omhändertagandet höjas. Fortsatt implementering kommer att ske under 2026 med målet att samtlig omvårdnadspersonal ska känna sig trygg i att ta vitalparametrar samt överrapportera enligt SBAR.

Uppföljning av Kommunfullmäktiges inriktningsmål

KF:s inriktningsmål: 1. Ett Stockholm som håller samman med en stark och jämlik välfärd i hela staden

— Inga data

KF:s mål för verksamhetsområdet: 1.4 Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet

— Inga data

Nämndmål: Äldre har ett tryggt, hälsosamt och självständigt liv samt en god personcentrerad vård och omsorg

— Inga data

Beskrivning

Målet nås genom att stadsdelsnämndens verksamheter och insatser utgår från ett salutogent förhållningssätt där trygghet, hälsa och välbefinnande står i fokus. Äldre i behov av stöd erbjuds insatser av god kvalitet. Utgångspunkten är den enskildes behov och önskemål med en hög grad av delaktighet i utformandet av sin omsorg. Verksamheterna är rättssäkra och likställiga, bidrar till delaktighet samt håller god kvalitet och hög kontinuitet.







Stadsdelsnämndens uppsökande och förebyggande arbete spelar en viktig roll i att motverka ofrivillig ensamhet och isolering. Mötesplatser och aktivitetscenter för seniorer ger möjligheter för socialt umgänge och deltagande i olika aktiviteter som främjar god hälsa. Äldre har tillgång till ett brett utbud av aktiviteter och erbjuds dagliga utevistelser. Äldreomsorgens verksamheter tar del av stadens satsning för kulturevenemang riktade till äldre.

Maten och måltidsupplevelsen inom äldreomsorgen ska fortsätta att förbättras för att förebygga undernäring och främja god hälsa. Utvecklingen av en personcentrerad vård inom hälso- och sjukvården kommer också att fortsätta. Dessutom kommer stödet till anhöriga fortsätta att utvecklas för att stärka anhörigperspektivet inom verksamheterna.

Medarbetare erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling utifrån behov. Satsningar fortsätter för att stärka kompetensen för språk, demensomsorg, geriatrik, psykisk ohälsa, palliativ vård, hbtqi, våld i nära relation och missbruksproblematik. Omvårdnadspersonal i äldreomsorgen erbjuds kompetensutveckling via ESF-projektet "Kompetensförsörjning inom äldreomsorgen" för att möta kommande kompetenskrav avseende undersköterskor och vårdbiträden.

Förväntat resultat

- Ökad andel äldre som känner sig trygga och nöjda med utformandet av sin äldreomsorg.
- Ökat välbefinnande och meningsfullhet hos seniorer genom förebyggande verksamhet.
- Öka verksamhetens kvalitet genom en patientsäker och personcentrerad vård och omsorg.
- Öka verksamhetens kvalitet genom att utveckla nya arbetssätt och det systematiska kvalitetsarbetet.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 <p>Stadsdelsnämnden ska fortsätta att utveckla arbetet med digitalisering och välfärdsteknik inom äldreomsorgen.</p> <p>Analys Klassificering pågår av nytt system Alisa, som är ett stöd i att kunna jobba mer systematiskt med MTP -kontroller och öka spårbarheten av MPT -produkter. Nytt journalsystem är under upphandling, och projektgrupp har utsetts inför implementering. Rehabgruppen har regelbundna veckovisa digitala avstämningar via Zoom. Där arbetsbelastning ses över och fördelas. Ett bra forum att dela information och erfarenhet. Detta stärker samarbetet, ger ökad inblick i olika boendes verksamheter, samt ökar samsyn gällande arbetsmetod och prioritering.</p>	2025-01-01	2025-12-31	
 <p>Stadsdelsnämnden ska fortsätta att utveckla den interna och externa samverkan för en god och nära vård och omsorg samt förebyggande och hälsofrämjande insatser inom äldreomsorgen.</p> <p>Analys Omorganisationen har bidragit till en närmre samverkan internt i rehabgruppen och i samarbete med sjuksköterskor. Det har pågått en aktiv samverkan i individärenden samt på strukturell nivå med läkarorganisation, biståndsmyndighet och övriga aktörer. Mellan korttidsvården och Primärvården sker ett ständigt pågående samarbete, där länkarna i vårdkedjan krokas i varandra för bästa möjliga vård i samband med utskrivning.</p>	2025-01-01	2025-12-31	
 <p>Stadsdelsnämnden ska säkerställa att äldreomsorgens medarbetare får kompetensutveckling kring bemötande av särskilt sårbara grupper - Våld i nära relation, hbtqi och psykisk ohälsa.</p> <p>Analys Det har skrivits samt fastställts en rutin för att stötta boende med psykisk ohälsa samt suicidal risk.</p>	2025-01-01	2025-12-31	
 <p>Stadsdelsnämnden ska vidareutveckla arbetet kring kost, nutrition och måltidsupplevelsen i äldreomsorgen.</p> <p>Analys En utbildnings satsning har gjorts under året med fokus på mat- och måltidsmiljö för personer med kognitiv svikt, där 53% av rehabpersonalen deltagit.</p>	2025-01-01	2025-12-31	
 <p>Stadsdelsnämnden ska öka kännedom och tillgänglighet för Nationella minoriteters rättigheter inom äldreomsorgens verksamheter.</p>	2025-01-01	2025-12-31	
 <p>Stadsdelsnämndens verksamheter inom äldreomsorgen ska följa upp hur de idag arbetar med avvikelser samt lex Sarah och utifrån resultatet vidareutveckla sina arbetssätt</p> <p>Analys Anställda inom Staden skall om misstanke om missförhållande finns anmäla detta enligt Lex Sarah, enligt stadens riktlinjer. Pågående arbete med uppföljning av fallavvikelser och övriga avvikelser sker med ökad frekvens, sedan september 2025. Där fångas allvarliga avvikelser upp som sedan skickas vidare till MAS och MAR för vidare hantering. Trender och utvecklingsområden fångas upp och återkopplas både på individnivå och i grupp där detta finns behov, för ett kollektivt kontinuerligt lärande och kvalitetshöjning i verksamheten.</p>	2025-01-01	2025-12-31	

Enhetsmål: Äldre får personcentrerad vård och omsorg av god kvalitet som främjar trygghet, hälsa och välbefinnande

— Inga data

Förväntat resultat

1. En högre andel (från 59% till 75%) äldre anser att det är tryggt att bo på boendet.
2. En högre andel (från 44% till 70%) äldre är nöjda med sitt boende.
3. En högre andel (från 63% till 79%) äldre är delaktiga om hur hjälpen ska utföras.
4. En högre andel (från 47% till 68%) upplever att måltidssituationer är en trevlig stund på dagen.
5. En högre andel (från 82% till 90%) upplever att personalen bemöter dem på ett bra sätt.
6. Enhetens professioner samverkar i team.
7. Hälso- och sjukvårdspersonalen har god kunskap om dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen.
8. Baspersonalen har god kunskap om social dokumentation.

Analys

Analys

Analys av resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning 2025 ur HSL-perspektiv

Brucarundersökningen 2025 visar genomgående goda resultat på flera av de indikatorer som berör trygghet, bemötande och delaktighet. Rehabpersonalens roll i arbetet inom HSL har en stor betydelse för dessa områden, då de rehabiliterande och förebyggande insatser som utgår från individens behov och egen vilja, med gott bemötande och en anpassad kommunikation och kontinuitet i vårdinsatserna har direkt påverkan på hur de äldre upplever sin vardag i boendet. Nedan följer en analys som utgår från rehabpersonalens ansvarsområde samt de sju boendenas resultat i relation till Stockholms stads genomsnitt.

1. Trygghet i boendet

Förväntat resultat: 59 → 75 %

Samtliga boenden visar goda eller mycket goda resultat i relation till stadsgenomsnittet. Älvsjögården (85 %), Älvsjö servicehus (81 %), Trekanten SH (82 %) och Axelsberg (95 %) ligger klart över både det lokala målet och Stockholms stads nivå. Dessa resultat indikerar att rehabs- och sjuksköterskornas arbete med kontinuerliga riskbedömningar, tydliga vårdplaner och tillgänglig medicinsk kompetens med rehabiliterande insatser bidrar starkt till en känsla av trygghet hos de äldre. Rehabgruppen har en stabil bemanning med låg personalomsättning, som ökar möjligheten till att bygga trygga relationer över tid.

Fruängsgården (73 %) och Axcgården (72 %) ligger något lägre än stadsgenomsnittet (87 %), men visar ändå stabila resultat. Detta kan indikera behov av fortsatt arbete med informationsöverföring, tillgänglighet och att ytterligare stärka samspelet mellan omsorgspersonal och HSL i det dagliga trygghetsskapandet.

2. Nöjdhet med boendet

Förväntat resultat: 44 → 70 %

De flesta enheter ligger tydligt över förväntat mål. Framför allt Trekanten SH (84 %) och Fruängens SH (87 %) visar mycket goda resultat över stadens nivå. Detta tyder på att

strukturerade HSL-rutiner, stabil bemanning och gott samarbete med omsorgspersonal skapar hög kvalitet i äldreomsorgen.

Axgården (56 %) ligger under målvärdet och ger en indikation om att det finns områden att utveckla — exempelvis rutiner kring uppföljning av vårdplaner, kommunikation med boende och tydlighet i medicinska insatser. Tillgängligheten av fysioterapeut har länge varit bristfällig. Med ökade fysioterapeutiska resurser ges möjlighet till ett mer strukturerat arbetssätt, utrymme och möjlighet att nu påbörja systematiskt arbete med riskbedömningar, kvalitets arbete och närmare teamarbete för att kunna tillgodose goda rehabiliterande insatser för individen.

3. Delaktighet i hur hjälpen utförs

Förväntat resultat: 63 → 79 %

Här syns störst variation mellan enheterna. Trekanten SH (82 %) och Fruängens SH (74 %) når de högsta resultaten, båda över eller nära stadsnivån. Detta speglar ett välfungerande arbetssätt i teamet där rehab, tillsammans med omsorgspersonalen, arbetar personcentrerat och involverar de äldre i sin egen vård.

Flera enheter ligger dock avsevärt lägre: Älvsjögården (38 %), Axelsberg (64 %), Fruängsgården (55 %) och Axgården (59 %). Dessa siffror visar att delaktighet fortsatt är ett utvecklingsområde inom stadsdelen. Rehabs roll och ansvar för hälsoplaner, vårdplanering, generell samverkan och kontinuerlig dialog med de boende är centralt i detta arbete.

Här har rehabpersonal en stor möjlighet att påverka och utbilda/handledda omsorgspersonal i rehabiliterande och aktiverande förhållningsätt, för att få individen så delaktig som möjligt men även ge stöd utifrån individens önskan och behov.

4. Måltidssituationen som trevlig stund, viktigt då det kan vara en påverkande faktor för boendes näringsintag

Förväntat resultat: 47 → 68 %

På de enheter där data finns (Älvsjögården, Axelsberg, Fruängsgården, Axgården) ligger resultaten mellan 50–58 %. Dessa är under Stockholms stads nivå (69 %). Måltid är en viktig del av nutritionsomvårdnaden och har en stor påverkan på kroppens neuromuskulära funktion och fallrisk. Här har rehabpersonalen en viktig roll att se över måltids situationen:

- Se över sittande position och behov av hjälpmedel vid måltider.
- Att patienten är så aktiv som möjligt utifrån individens förmåga- som ger bättre aptit.

Ge stöd till omsorgspersonal i att skapa lugn, struktur och individanpassning kring måltiderna

Resultaten visar att fokus på nutritionsarbetet behöver fortsätta och stärkas under 2026.

5. Bemötande

Förväntat resultat: 82 → 90 %

Detta område uppvisar de mest positiva resultaten. Samtliga boenden ligger mycket högt: Trekanten SH når 100 %, och övriga boenden ligger mellan 81 och 92 %, i nivå med eller strax under stadens genomsnitt (93–95 %).

Här har rehabpersonalen en viktig roll. Rehabpersonalen har överlag stor kunskap inom salutogent förhållningssätt, och kan genom att lyssna, med respekt för individens självbestämmande utföra professionella bedömningar som ger individen en känsla av trygghet och att bli väl bemött.

Högt bemötandevärde är dessutom en indikator på god arbetsmiljö och fungerande samverkan mellan professionerna.

6. Teamarbete och samverkan mellan professioner

Alla enheter svarar ”ja” på att professionerna samverkar i någon utsträckning. Däremot kan omfattningen och strukturen variera. Detta speglar det samlade arbete som sjuksköterskeenheten tillsammans med Rehab och omvårdnadspersonal drivit under året, inklusive:

gemensamma APT

införandet av SBAR

stärkt ledningsstruktur

utvecklade rutiner kring avvikelshantering som är fortsatt under uppbyggnad

Denna samverkan är central för både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

7. Dokumentationskompetens enligt HSL




Rehabpersonal i stadsdelen bedöms ha god kunskap i HSL-dokumentation, vilket bekräftas av:

genomförda egenkontroller

handledning av dokumentationsstödjare

uppdaterade rutiner i 2C8

Arbetet att fortsätta förbättra och stärka kommunikation och dokumentation kommer fortsätta under 2026.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 Palliativ vård och omsorg	2025-01-01	2025-12-31	
Analys De palliativa ombuden har jobbat aktivt med att följa upp viktiga parametrar som palliativ vårdplanering och brytpunktssamtal, inom den palliativa vården och skapat rutin för detta. Utveckling av projektet som innefattar hälsoplan samt symtomskattningsåtgärder i journalsystem pågår.			
 planering för vård- och omsorg- BPSD	2025-01-01	2025-12-31	
Analys BPSD skattningar görs i teamet vid behov, eller då förändring av behov hos individen. Detta är ett viktigt arbete som kommer att fortgå, och har behov tydligare struktur.			
 Utveckla ansvaret för aktivitets- och måltidsombud	2025-01-01	2025-12-31	

KF:s inriktningsmål: 2. Ett grönt och fossilfritt Stockholm som leder en rättvis klimatomställning

— Inga data

KF:s mål för verksamhetsområdet: 2.1 Stockholm ska bli klimatpositivt – genom minskade utsläpp och ökad koldioxidlagring

— Inga data

Nämndmål: Stadsdelsnämndens verksamheter är klimatsmarta


— Inga data

Beskrivning

Stadsdelsnämnden arbetar kontinuerligt med att kartlägga verksamheternas klimatpåverkan, och tar fram strategier för hur utsläppsminskningar ska ske. Samtliga verksamheter ska ha goda möjligheter att kunna analysera sitt klimatavtryck samt kunna agera handlingskraftigt i den gröna omställningen.

Förväntat resultat

- Stadsdelsnämnden ska minska inköp av plast- och engångsprodukter.
- Klimatpåverkan från inköpta livsmedel minskar.
- Stadsdelsnämndens energiförbrukning minskar under 2025 med en fjärdedel av mandatperiodens mål om en tioprocentig minskning.
- Nämndens chefer och andra relevanta funktioner känner till och jobbar mot målen i stadens nya miljöprogram.
- Livsmedel och måltider som köps in till förvaltningen vid konferenser, planeringsdagar, seminarier, möten, frukostar etc har gått över till att vara vegetarisk.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 Stadsdelsnämndens samtliga chefer utbildas i Miljöprogram 2030	2025-01-01	2025-12-31	
 Stadsdelsnämndens vård- och omsorgsboenden samt servicehus tar fram handlingsplaner utifrån vägledningen Hållbart vård- och omsorgsboende	2025-01-01	2025-06-30	

Enhetsmål: Enheten är energieffektiv och resurssmart med en minimal klimatpåverkan

— Inga data

Förväntat resultat

1. Enheten arbetar aktivt för att minska användning av plast.
2. Enheten arbetar för att minska matsvinn

3. Enheten har en hög medvetenhet om avfallssortering.
4. Klimatpåverkan från upphandlade livsmedel uppgår till max 1,5 kg CO₂ per kg livsmedel.

Analys

Rehabenheten i Hägersten–Älvsjö etablerades den 1 september 2025. Under årets sista månader har enheten främst arbetat med att skapa strukturerade rutiner, stärka kompetensen inom hållbarhetsområdet samt säkerställa att verksamheten lever upp till de mål som stadsdelen satt för minskad klimatpåverkan. Nedan följer en redogörelse för enhetens arbete inom respektive område.

1. Aktivt arbete för att minska användningen av plast

Under perioden har enheten fokuserat på att säkerställa korrekt och behovsstyrd användning av plastbaserad skyddsutrustning. Genom digital utbildning och genomgång av frågesport på APT har rehabpersonalen fått ökad förståelse för hur överanvändning av till exempel handskar och plastförkläden kan undvikas.

2. Arbetet för att minska matsvinn

Enheten hanterar endast en begränsad mängd livsmedel, vid möten och interna utbildningar/aktiviteter. Överbliven mat vid gemensamma möten har tagits om hand och nyttjats till andra tillfällen.

3. Hög medvetenhet om avfallssortering, inklusive riskavfall

Rehab har en mindre mängd avfallshantering. Det rör sig främst om paketeringsmaterial av hjälpmedel. Där det finns tydliga instruktioner för personal om vad och vart man skall slänga dessa material.

Vid utbyte av större hjälpmedel, har större partier äldre sängar skickats till behövande länder i kris. Övriga kasserade hjälpmedel hämtas av ansvarigt hjälpmedels företag för rekonditionering, eller destruktion enligt avtal och deras rutiner.

4. Klimatpåverkan från upphandlade livsmedel

Även om enhetens inköp av livsmedel är begränsade, har dessa följt riktlinjerna om att klimatpåverkan ska ligga under 1,5 kg CO₂ per kilo livsmedel.

Sammanfattning

Trots en kort verksamhetsperiod har rehabenheten i Hägersten–Älvsjö strukturerade och hållbara arbetsrutiner. Enheten har arbetat aktivt med medveten plastanvändning, noll matsvinn, tydlig och säker avfallshantering samt klimatsmarta livsmedelsinköp. Arbetet fortsätter under 2026.


80 % av fysioterapeuter och arbetsterapeuter har genomgått den digitala utbildningen i vårdhygien, där ett moment särskilt behandlar korrekt användning av skyddsutrustning.

Utbildningen har stärkt medarbetarnas kunskap om när skyddsutrustning behövs och när den inte behövs, vilket bidrar till minskad plastförbrukning.

Översyn av beställningsrutiner har påbörjats för att förebygga onödiga inköp.


Vid inköp av livsmedel till möten och intern verksamhet har samtliga varor konsumerats, vilket innebär noll svinn under perioden.

Vid inköp till möten och planeringsdagar har ekologiska och vegetariska alternativ prioriterats, vilket hållit klimatavtrycket inom riktlinjerna.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 minskad miljöpåverkan	2025-01-01	2025-12-31	

KF:s mål för verksamhetsområdet: 2.2 Stockholm ska vara en stad där den biologiska mångfalden ökar

— Inga data

Indikator	Periodens utfall	Utfall män/ pojkar	Utfall kvinnor/ flickor	Utfall VB 2024	Årsmål	KF:s årsmål	Period
 Andel inköpta ekologiska livsmedel i kronor					70 %	70 %	2025

Nämndmål: Stadsdelsnämndens verksamheter bidrar till att öka den biologiska mångfalden

— Inga data

Beskrivning

Målet nås genom att nämndens enheter beställer ekologiska livsmedel, inklusive fika. Nämnden kommer under året utveckla stödet till verksamheterna för att öka andelen ekologiska livsmedel genom att bland annat lyfta goda exempel och skapa forum för kunskapsutbyte mellan exempelvis förskolor och daglig verksamhet. Ekologiskt producerade livsmedel gynnar den biologiska mångfalden bland annat genom att inte använda kemiska bekämpningsmedel eller konstgödsel.

Förväntat resultat

- Samtliga enheter bidrar till att nå målet om att ekologiska livsmedel utgör 70 % av inköpta livsmedel.
- Flertalet åtgärder som föreslås i det stadsdelsvisa åtgärdsförslaget för biologisk mångfald vidtas.

Enhetsmål: Enheten bidrar till att öka den biologiska mångfalden

 Uppfylls helt

Förväntat resultat

1. Andel ekologiska livsmedel utgör minst 70 % av inköpta livsmedel

Analys

Rehabenheten uppnår 100% av andel ekologiska livsmedel.

Rehabenheten har enbart bjudit på ekologisk och vegetarisk kost under planeringsdagar och APTn. Enheten bedömer att enhetensmål har uppnått helt.

Vid genomförande av möten och planeringsdagar har ett medvetet förhållningssätt till matsvinn tillämpats. Endast mat som lämnats kvar på tallrikarna har behövt slängas. Det har dock varit svårt att redovisa exakt mängd matsvinn, då måltiderna i huvudsak har förtärs i gemensamma utrymmen på Glasade Gången. Sammantaget bedöms matsvinnet ha varit begränsat.

Genom att prioritera ekologiska livsmedel, inklusive fika, bidrar rehaborganisationen aktivt till nämndens mål om ökad andel ekologiska livsmedel.

KF:s mål för verksamhetsområdet: 2.4 Stockholmarnas hälsa ska främjas genom ren luft, rent vatten och giffria miljöer

— Inga data

Nämndmål: Stadsdelsnämnden bidrar till invånarnas goda hälsa och en ren miljö genom giffria verksamheter.

— Inga data

Beskrivning


Målet ska nås genom att säkerställa ett systematiskt arbete med säker kemikaliehantering samt utfasning av de kemikalier som är skadliga för människor och miljö. Arbetet utgår ifrån Stockholms stads kemikalieplan. Chemsoft och Byggvarubedömningen används som kartläggande verktyg. En ny rutinbeskrivning av kemikaliehantering på verksamhetsnivå ska kunna användas som stöd i arbetet.

Förväntat resultat

- Verksamheterna arbetar systematiskt med att fasa ut skadliga kemikalier samt med att ha en säker kemikaliehantering.
- Exponeringen av skadliga kemikalier minskar.
- Särskild vikt i arbetet läggs vid att öka kunskapen om sårbara grupperns påverkan av skadliga kemikalier.

Analys

Enhetschef har tagit del av rådande rutiner och ser över kemikaliehanteringen inom verksamheten, som är ytterst liten.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 Stadsdelsnämnden ska uppdatera och implementera rutinbeskrivningen för arbetet med kemikaliehantering samt utfasning av skadliga kemikalier.	2025-01-01	2025-12-31	

Enhetsmål: Enheten bidrar till en god livsmiljö och strävar efter en giffri verksamhet

 Uppfylls delvis

Förväntat resultat

1. Enheten arbetar systematiskt med att fasa ut skadliga kemikalier.
2. Exponeringen av skadliga kemikalier minskar.
3. Ökad kunskap om skadliga kemikalier.

Analys


Enheten bedömer att målet uppfylls delvis. Rehaborganisationen startade sin verksamhet den 1 september. Under uppstartsperioden har enhetschefen genomgått utbildning i Chemsoft i syfte att stärka verksamhetens systematiska arbete med kemikaliehantering. Inventering av de kemiska produkter och ämnen som rehaborganisationen arbetar med har påbörjats.

Enhetschefen har inte behörighet att självständigt uppdatera samtliga enheter i Chemsoft avseende vilka produkter som används samt beräknade mängder. För att säkerställa en korrekt och säker kemikaliehantering sker därför ett nära samarbete med respektive enhetschef på berörda enheter. Genom detta gemensamma arbetssätt möjliggörs uppdatering, uppföljning och kontroll av de kemiska ämnen som används i verksamheten.


Arbetet bidrar till ett mer systematiskt förhållningssätt i syfte att successivt fasa ut skadliga kemikalier och minska exponeringen för både medarbetare och brukare.




Arbetet med inventering, uppföljning och utveckling av kemikaliehanteringen kommer att fortsätta och fördjupas under 2026.

KF:s inriktningsmål: 3. Ett Stockholm med en stabil och hållbar ekonomi med utbildning, jobb och bostäder för alla

 Inga data

KF:s mål för verksamhetsområdet: 3.4 Medarbetare i Stockholm ska ges goda förutsättningar att göra ett bra jobb

 Inga data

Indikator	Periodens utfall	Utfall män/ pojkar	Utfall kvinnor/ flickor	Utfall VB 2024	Årsmål	KF:s årsmål	Period
—  Aktivt Medskapandeindex					83	83	2025
—  Sjukfrånvaro					10 %	Tas fram av nämnd/styrelse	VB 2025
—  Sjukfrånvaro dag 1-14					2,8 %	Tas fram av nämnd/styrelse	VB 2025

Nämndmål: Stadsdelsnämnden är en attraktiv arbetsgivare och har en god arbetsmiljö

— Inga data

Beskrivning

Stadsdelsnämnden kommer utifrån arbetsgivarperspektivet ha fokus inom områdena; trygga anställningsvillkor, systematiskt arbetsmiljöarbete, kompetensförsörjning och ledarskap.

Trygga anställningsvillkor där medarbetares anställningsform är tillsvidareanställning på heltid är normen vid nyanställningar. I bemanningsstrategin och inför varje rekrytering ingår att kartlägga möjligheten att erbjuda heltid till de medarbetare som ofrivilligt arbetar deltid.

Systematiskt arbetsmiljöarbete i vardagen är en friskfaktor och fortsatt ett prioriterat område för att medarbetare och chefer ska ha en god arbetssituation och förutsättningar att nå ett gott arbetsresultat. En god arbetsmiljö och ett närvarande ledarskap ska säkerställas genom balans mellan uppdrag och resurser, samt ett rimligt antal medarbetare per chef. Stadsdelsnämnden tydliggör arbetet med friskfaktorer för att på ett främjande sätt förstärka hållbara, hälsosamma och attraktiva arbetsplatser.

Ett aktivt strategiskt arbete med kompetensförsörjning utifrån uppdrag och mål är fortsatt prioriterat för att utveckla, behålla samt rekrytera medarbetare med rätt kompetens för uppdraget. Vid bemanning och inför rekrytering är det av stor vikt att analysera vilken kompetensprofil som bäst matchar verksamhetens kommande uppdrag och mål, för att bibehålla en hög kontinuitet av rätt kompetens i verksamheten. Rekryteringsprocessen säkerställer att bemanning och rekrytering sker kompetensbaserat och i linje med en hållbar bemanningsstrategi för verksamheten.

Chefsuppdraget kräver ett tydligt och utvecklingsinriktat ledarskap, där en helhetssyn kopplat till mål och resultat kan förmedlas till medarbetarna. Organisationen ska, förutom att möjliggöra ett närvarande ledarskap, även skapa förutsättningar för medarbetare att ha inflytande över sin arbetssituation och vara delaktiga i verksamhetsutvecklingen. Detta är även ett led i att gemensamt nå måloppfyllelsen i medarbetarenkäten (ökat aktivt

medskapandeindex (AMI) samt ett stärkt arbetsgivarvarumärke både internt och externt.

Medarbetare ska uppmuntras att omsätta idéer och förslag i konkreta verksamhetsförbättringar med stockholmarnas fokus i enlighet med kvalitetsprogrammet.

Förväntat resultat

- Stadsdelsnämnden har en hög andel tillsvidareanställda på heltid
- Stadsdelsnämnden har en god systematik inom arbetsmiljöarbetet
- Den totala sjukfrånvaron minskar till 8,5 %
- Strategisk kompetensförsörjning sker utifrån verksamhetens uppdrag och mål
- Förutsättningar för närvarande ledarskap förbättras
- Aktivt medskapandeindex (AMI) ökar till 80

Enhetsmål: Enheten är en god arbetsgivare och har en god arbetsmiljö

◆ Uppfylls delvis

Förväntat resultat

1. Aktivt medskapandeindex (AMI) ökar från 86 % till 88 %
2. Medarbetare har den kompetens som krävs för yrket.
3. Enheten har 90 % tillsvidareanställda på heltid.
4. Enheten har ett närvarande ledarskap.
5. Frisknärvaron ökar från 87 till 90 %..

Analys

1. Aktivt medskapandeindex (AMI)

Det finns i nuläget ingen tillgänglig uppföljning av aktivt medskapandeindex för rehaborganisationen. De insatser som genomförts under året, såsom delaktighet i ombudsmöten, samverkan i arbetsmiljöarbetet och kompetensutvecklande insatser, bedöms dock bidra till ökad delaktighet och engagemang. Data kommer följas under 2026

2. Medarbetare har den kompetens som krävs för yrket

Enheten bedömer att målet har uppnåtts helt. 100% av fysioterapeuter har fysioterapeut/sjukgymnast examen och 100% av arbetsterapeuter har arbetsterapeutexamen.

3. Hög andel tillsvidareanställda på heltid

Enheten bedömer att målet uppnås delvis. Med heltid som norm där 60% av rehabpersonal har en heltidstjänst, jobbar vi aktivt med att öka andelen heltidsanställda. Rekrytering av 2 heltidstjänster för fysioterapeut har utförts under årets sista kvartal, vilket höjer siffran heltidsanställda till 73%. Rekryteringen har föregåtts av inventering av önskemål i gruppen om att gå upp i tid, därefter har kompetensbaserad rekrytering utförts med stöd av Varbi.

4. Enheten har ett närvarande ledarskap

Enheten uppnår målet om närvarande ledarskap i och med att enhetschef är tillgänglig per telefon, digitalt samt på plats kontinuerligt samt vid behov. Rehaborganisationen har även

digitala avstämningsmöten veckovis. Detta skapar möjlighet för nära ledarskap med god möjlighet till dialog med medarbetarna. Medarbetarna upplever god tillgänglighet och att de får bra stöd av sin chef då de har behov. Nära ledarskap kompletteras med nära samarbete med Enhetschef SOL som är på plats på respektive enhet.

5. Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro för rehabenheten 202411-202510

Dag 1-14 0,7%

Dag 15 > 2,7%

Total: 3,3%

Inköp av arbetsskor har erbjudits till samtlig rehabpersonal.

Beställning har gjorts löpande vartefter som underlag från rehabpersonal har inkommit till enhetschef. Beställning har gjorts för följande skor fram till december 2025:

Yrkessko Jobi Harber Rental Soft Sole svart stl 42 1st.

Yrkessko Safety Jogger Juni Blå, stl 41 1st.

Yrkessandal Jobi Tarragona Magnet 3-rem stl 39, 1 st.

Yrkessandal Jobi Tarragona Magent 3-rem stl 38, 1st.

Yrkessko Jobi Harber Rental Soft Sole Svart stl 37, 1st.

Yrkessko Safety Jogger Street stl 41, 1 st.

Yrkessko Safey jogger Street stl 38, 1 st.

God systematik inom arbetsmiljöarbetet

Verksamheten bedriver ett strukturerat och systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Under året har enhetschefen, tillsammans med Vårdförbundet och rehabrepresentat, genomfört en genomgång av arbetsmiljöarbetet i syfte att identifiera utvecklingsområden och planera åtgärder för en hållbar arbetsmiljö. En handlingsplan har tagits fram och uppföljning av åtgärder är planerad till mars 2026. Detta skapar goda förutsättningar för ett långsiktigt och förebyggande arbetsmiljöarbete.

KF:s mål för verksamhetsområdet: 3.5 Hög beredskap och stark rådighet ska råda i alla verksamhetsområden

— Inga data

Nämndmål: Stadsdelsnämnden har en hög beredskap för oväntade händelser

— Inga data

Beskrivning

Målet nås genom att stadsdelsnämndens kris-, kontinuitets- och beredskapsarbete är samordnat så att de hänger ihop, är effektivt och känt för de som berörs. Stadsdelsnämnden ökar sin förmåga inom civil beredskap genom att arbeta med åtgärder i Risk- och sårbarhetsanalyserna (RSA) samt genom att arbeta för att stärka de kritiska beroenden/resurser som de samhällsviktiga verksamheterna behöver för att de ska kunna upprätthållas och stärkas. Under 2025 kommer fokus inom RSA att ligga på att genomföra åtgärder för att hantera identifierade risker inom samhällsviktig verksamhet.




Målet nås vidare genom att stadsdelsnämnden uppdaterar sin krisledningsplan samt övar, utbildar och utvecklar krisledningsorganisationen utifrån lärdomar och erfarenheter för att bli ännu bättre på att hantera oväntade händelser. Minst en krisledningsövning kommer att hållas under 2025. Arbetet med krisstödsorganisationen fortsätter att utvecklas, i syfte att ge stadsdelsområdets invånare stöd vid kriser.

Beredskapsarbetet riktat till invånare i stadsdelsområdet utvecklas genom framtagande av arbetssätt för kommunikation kring hemberedskap. Nämndens trygghetspunkter hålls aktuella och redo att startas upp vid behov.

I arbetet med informationssäkerhet kommer informationssäkerhetsklassningar vara fortsatt prioriterat. Arbetet med behörighetshantering fortsätter genom stickprovskontroller och den lokala anvisningen för informationssäkerhet uppdateras och görs känd i förvaltningen.

Förväntat resultat

- Aktiviteterna i nämndens risk- och sårbarhetsanalys är genomförda
- Enheternas kontinuitetsplaner är verklighetsanpassade och testade.
- Resurser som är av vikt för stadsdelsnämndens beredskap är inventerade och kända för de som behöver ha informationen.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
 Stadsdelsnämndens medarbetare går stadens utbildning i dataskydd	2025-01-01	2025-12-31	
Analys Alla medarbetare går årligen utbildning i dataskydd.			
 Stadsdelsnämndens medarbetare går stadens utbildning i informationssäkerhet	2025-01-01	2025-12-31	
Analys Alla medarbetare går årligen utbildning i informationssäkerhet.			
 Stadsdelsnämndens samhällsviktiga verksamheter genomför åtgärder som identifierats i deras risk- och sårbarhetsanalyser.	2025-01-01	2025-12-31	

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Avvikelse
Analys Stadsdelsnämndens samhällsviktiga verksamheter genomför åtgärder som identifierats i deras risk- och sårbarhetsanalyser.			

Enhetsmål: Enheten har hög beredskap oh rådighet i verksamheten

◆ Uppfylls delvis

Förväntat resultat

1. Enheten har en aktuell kontinuitetsplan som är känd av chefer och medarbetare.
2. Ökad kunskap och kompetens om dataskydd och informationshantering bland medarbetare och chefer.

Analys

Enheten bedömer att enhets målet uppnås delvis under året. Bedömningen grundar sig på att det finns etablerade kontinuitetsplaner i beredskapspärmar för respektive av de geografiskt placerade enheterna som rehabpersonalen är stationerade på, däremot är det inte fastställt om rehaborganisationen är i behov av en egen kontinuitetsplan eller en kompletterande del i en befintlig, alternativt att rehabpersonalens innefattas i de redan fastställda planerna.

1.Kontinuitets planerna på de olika enheterna där rehabpersonal är stationerade, har uppdaterats regelbundet för att spegla aktuella risker och verksamheternas behov. Genomgång av kris och beredskapsrutin har gjorts på APT och är känd för både chef och medarbetare. Detta för att säkerställa en snabb och effektiv hantering av störningar eller incidenter, vilket minskar driftstopp och skyddar verksamhetens kärnfunktion.

2. Ökad kunskap och kompetens om dataskydd och informationshantering bland medarbetare.

Medarbetare och chef har grundläggande förståelse för dataskydds-regler (som GDPR) och informationshantering. Detta innebär att alla anställda är medvetna om sina ansvar när det gäller att skydda personlig och känslig information, vilket leder till minskad risk för dataintrång och andra informationshanterings incidenter.

Åtgärder som har utförts under året:

- Regelbundna information och uppdatering gällande dataskydd och informationshantering för alla medarbetare.
- Enhetschef har utfört utbildning på utbildningsplattform inom dataskydd, informationssäkerhet och person säkerhet.

KF:s mål för verksamhetsområdet: 3.6 Tryggheten ska öka genom förebyggande insatser

— Inga data

Nämndmål: Stadsdelsnämnden deltar i kraftsamlingen mot välfärdsbrott

— Inga data

Beskrivning

Nämnden strävar efter att förebygga och minska risken för välfärdsbrott genom att höja kunskapsnivån och medvetenheten bland medarbetarna, samt förbättra rutinerna för att upptäcka och hantera avvikelser. Det är viktigt att medarbetarna har en gedigen kunskap om välfärdsbrott, inklusive felaktig folkbokföring, identitetsbrott, falska intyg, samt bedrägeri och oegentligheter i stadens upphandlade tjänster. Det strategiska arbetet inriktas på att förebygga risker och minska brottslighet genom ett strukturerat tillvägagångssätt där risker utvärderas och krav fastställs för att på så vis arbeta förebyggande. Nämnden genomför även avtalsuppföljningar med verksamheter som ligger på entreprenad. Regelbunden uppföljning sker på individ- och verksamhetsnivå för att säkerställa att insats och debiteringar sker i enlighet med den enskildes behov och gällande avtal.

Kompetensökning sker om otillåten påverkan genom att medarbetarna gör den utbildning som finns på området under året.

Förväntat resultat

- Fler kontroller genomförs med syfte att motverka förekomsten av välfärdsbrott
- Noggrannare uppföljningar av avtal.
- Samtliga medarbetare har genomgått utbildning om otillåten påverkan

Enhetsmål: Enheten bidrar till att motverka välfärdsbrott

● Uppfylls helt

Förväntat resultat

1. Medarbetare har kännedom om otillåten påverkan
2. Följsamhet till riktlinjer och delegation vid upphandling

Analys

1. Medarbetare har kännedom om otillåten påverkan

Enheten bedömer att enhetsmålet har uppnåtts helt. Arbetet med att öka medarbetarnas kännedom om otillåten påverkan har bedrivits löpande. Frågan har lyfts i verksamheten och information har förmedlats till rehabgruppen i samband med arbetsplatsträffar. Därutöver har kompletterande informationsmejl som inkommit från central nivå vidarebefordrats till samtlig rehabpersonal för att säkerställa att aktuell och enhetlig information når alla medarbetare. Sammantaget bedöms detta ha bidragit till en god medvetenhet om risker, ansvar och förhållningssätt kopplat till otillåten påverkan. Enhetschef har erhållit information för ökad kunskap i ämnet under chefsforum.

2. Följsamhet till riktlinjer och delegation vid upphandling

Enheten bedömer att enhetsmålet har uppnåtts helt. Enheten arbetar systematiskt med följsamhet till gällande riktlinjer och delegation vid upphandling och inköp. Inköp sker uteslutande via upphandlade avtal och genom stadens fastställda inköpssystem. Principen om beställare och godkännande tillämpas konsekvent, vilket ytterligare stärker följsamheten till regelverk och minskar risken för avvikelser. Rehabpersonal har goda kunskaper inom stadens inköpssystem Agresso och följer de gällande avtalen. Avtal där man uppmärksammat avtalsavvikelser har kontinuerligt rapporterats till avtalsansvarig, för att uppmärksamma brister i följsamhet och påskynda uppföljningar samt åtgärder utifrån brister.

Uppföljning av ekonomi

Analys av resultaträkning - uppföljning av driftbudget

Rehaborganisationen är nystartad och verksamheten påbörjades den 1 september 2025. Under hösten har ett omfattande arbete pågått med att etablera organisationen, vilket även inneburit att kostnader successivt har flyttats över från andra enheter till den nya rehaborganisationen. Detta har påverkat resultatutfallet under uppstartsperioden.

Enheten beräknas gå noll utifrån beräknad budget för 2025. Då organisationen är nystartad pågår arbete för att lägga en rättvisande budget för 2026.

För att skapa tydlighet i ansvarsfördelning och korrekt kontering har en **gränslista** tagits fram. Gränsdragningslistan tydliggör vilka kostnader som ska belasta Rehaborganisationen respektive boende- enheterna och sjuksköterskeorganisationen. Detta är en viktig förutsättning för att uppnå en mer samordnad ekonomisk uppföljning framåt.

En genomlysning av ekonomin pågår i nära samarbete mellan enhetschef, områdeschef och controller. Syftet är att säkerställa korrekt kostnadsfördelning, identifiera avvikelser kopplade till uppstarten som samt skapa bättre förutsättningar för ekonomisk balans kommande verksamhetsår. Sammantaget bedöms verksamheten befinna sig i ett uttalat uppstartsläge, där strukturer och ekonomiska flöden successivt håller på att sättas.

Investeringar

Medel för lokaländamål

Ej aktuell då kostnader för detta ej belastar rehaborganisationens konto enligt gränsdragningslistan.

Övrigt

Systematiskt kvalitetsarbete

Uppföljning av indikatorer – HSL och patientsäkerhet

Andel genomförda egenkontroller av HSL-dokumentation: 100 procent

Samtliga planerade egenkontroller av HSL-dokumentation har genomförts under året. Arbetet drivs av utsedda ombud på respektive enhet, vilket har skapat en tydlig struktur och kontinuitet i uppföljningen. Verksamhetsutvecklare HSL följer löpande arbetet med egenkontroller, vilket bidrar till kvalitetssäkring, gemensamt lärande och ett mer enhetligt arbetssätt inom rehaborganisationen. Dokumentationshandledarna har utfört kontroller, handlett kollegor i att utföra egenkontroller i enlighet med årshjulet. Egenkontrollerna har varit ett bra tillfälle för lärande och reflektion om hur dokumentationen skall föras för att uppnå goda resultat och därmed förbättra patientsäkerheten.

HSL-ombud som Palliativt ombud, Dokumentationshandledare, Hygienombud, är nu etablerade på samtliga enheter: Mål helt uppnått

På varje enhet finns utsedda HSL-ombud med ansvar inom områdena palliativ vård, dokumentation. Ett hygienombud inom rehabgruppen. Målet är uppnått och fördelningen av ombudsroller sker i dialog inom arbetsgruppen. Omfördelning av roller genomförs vid behov för att säkerställa rätt kompetens, vilket stärker verksamhetens förmåga att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet.

Andel genomförda riskbedömningar (fall, undernäring och trycksår): mål 90 procent – uppnått

Samtliga enheter överstiger målet om 90 procent genomförandegrad av riskbedömningar. Utfallet varierar mellan 90 och 98 procent, vilket visar på ett genomgående väl fungerande arbete med strukturerade riskbedömningar. Detta bidrar till tidig identifiering av risker och möjliggör förebyggande åtgärder för att minska vårdskador och stärka den enskildes hälsa och trygghet.

Andel genomförda riskbedömningar (fall, undernäring, trycksår) mål 90%- Är uppnått.

- Älvsjögården 93% (34,32,34 av 36 patienter)
- Älvsjö servicehus 95% (50,49,50 av 52 patienter)
- Fruängsgårdens servicehus 97% (39,40,40 av 43 patienter)
- Trekanten 93% (58,56,58 av 59 patienter)
- Axgård 96% (43,48,47 av 48 patienter)
- Karolinagården 97% (29,32,32 av 32 patienter)
- Elingården 90% (46,40,41 av 47 patienter)
- Fredrikagården 98% (32,31,31 av 32 patienter)
- Solgården 90% (25,24,24 av 27 patienter)
- Rosengården 96% (26,26,26 av 27 patienter)

Pilotprojektet för implementering av rapportsystemet SBAR inom enheterna är igång men befinner sig i olika skeenden på olika enheter. Projektets övergripande syfte är att utveckla baspersonalens kompetens i strukturerad rapportering. Genom att stärka personalens färdigheter i att använda SBAR på ett korrekt och konsekvent sätt förväntas kommunikationen förbättras, arbetsflöden tydliggöras och den samlade kvaliteten i vårdprocessen öka. Det skall även ge rehabpersonal bättre förutsättningar att kunna göra en korrekt prioritering av insatser utifrån information som erhållits via den muntliga rapporten.

Egenkontroller och kvalitet

Dokumentationskvalitet

Som en del av det systematiska kvalitetsarbetet har egenkontroller under året genomförts med fokus på **HSL-dokumentation**. Kontrollerna har bidragit till att säkerställa att dokumentationen är korrekt, ändamålsenlig och följer gällande lagstiftning och lokala rutiner.

Strukturerade loggkontroller

Enhetschefen har även genomfört strukturerade loggkontroller i Vodok och Nationell patientöversikt (NPÖ). Kontrollerna har utförts både ur ett medarbetarperspektiv och ur den enskildes perspektiv, i syfte att säkerställa korrekt åtkomst till patientuppgifter samt stärka informationssäkerheten och skyddet av den personliga integriteten.

PPM- mätningar för att kontrollera följsamhet till basal hygien

117 PPM mätningar har utförts under 2025 där vissa brister har noterats gällande bristande användning av handdesinfektion samt förkläde. Gällande klädregler och korta naglar noterades inget avvikande

Medicinsk tekniska Produkter

Under året har ett pilotprojekt gällande kontroll av medicintekniska produkter av omsorgspersonal ägt rum, där även regelbunden rengöring inkluderats. Rehab personal tillsammans med MAR har utfört utbildande insatser till omsorgspersonal samt gått ut med informationen till alla berörda. Det nya arbetssättet, i syfte att öka följsamhet av rådande rutiner och riktlinjer har sedan breddinförts på fler boende enheter i stadsdelen med regelbundna uppföljningar. Del två i breddinförandet till alla kvarvarande enheter planeras i början av kommande år.

Kvalificering av ett nytt digitalt system som säkerställer hantering av- och ökad spårbarhet av Medicinsk tekniska produkter har pågått under året, och planeras att implementeras under kommande år. Vilket förväntas öka säkerheten i hantering av medicintekniska produkter.

Avvikelsehantering och utvecklade arbetssätt

Från och med den 1 september 2025 har ansvaret för uppföljning av avvikelser inom HSL och HSL-rehab övergått till den nya enhetschefen. Under hösten har arbetet inriktats på att skapa ett tryggt och tydligt flöde för rapportering, utredning, åtgärd och uppföljning av avvikelser på samtliga enheter.

Arbetet har bedrivits kontinuerligt och i dialog med rehabpersonal för att säkerställa delaktighet, samsyn och ett gemensamt lärande. Som ett led i det fortsatta förbättringsarbetet planeras ett nytt och mer enhetligt upplägg för avvikelsehantering att införas från och med 2026.

Lex Maria – lärande och förebyggande arbete

Under 2025 har två händelser utretts enligt Lex Maria. Utredningarna har resulterat i åtgärder som syftar till att minska risken för att liknande händelser inträffar igen. Händelserna och de lärdomar som dragits har lyfts i reflektionsforum och på arbetsplatsträffar (APT) för att sprida

kunskap och stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet i organisationen.

Behov av åtgärder som synliggjorts genom de inträffade händelserna, har åtgärdats. En av åtgärderna för rehab har varit att säkerställa riskbedömning i förskrivningsprocessen, vilket har gjorts genom revidering av rutiner, information och instruktion direkt till gruppen och på arbetsplatsträffar samt översyn av förändring i journal som stödjer korrekt arbetssätt.

Övrigt

Redovisning av synpunkter och klagomål

Uppdelning	Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1 2025	Utfall T2 2025	Utfall VB 2025	Totalt ack 2025	Bedömning och planerade åtgärder
Avvikelse - Lex Maria	Antal anmälningar till IVO (Antal rapporter som bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande och anmälts till IVO)					2 st inkomna under året. Åtgärder har vidtagits i enlighet med utlåtande från utredningar. Reflektion har förts i grupp. Information har förmedlats på APT samt mail.
	Antal inkomna rapporter					
Avvikelse - Lex Sarah	Antal anmälningar till IVO (Antal rapporter som bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande och anmälts till IVO)					
	Antal inkomna rapporter					
Avvikelse - SOL/LSS	Annat					
	Bemötande					
	Fysisk miljö, utrustning och teknik					
	Rättssäkerhet vid handläggning och utförande					
	Utförande av insats					
Avvikelser enligt SOL/LSS - Vem har identifierat avvikelsen?	Extern samverkanspart - avser en annan verksamhet eller annan enhet.					
	Medarbetare (inom den egna verksamheten/enheten)					
Beröm	Beröm					
Från vem har klagomål eller	Annan					
	Annan instans (t ex Patientnämnden)					
	Anonym					

Uppdelning	Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1 2025	Utfall T2 2025	Utfall VB 2025	Totalt ack 2025	Bedömning och planerade åtgärder
synpunkt inkommit?	Brukare/patient					
	Närstående (anhörig, god man etc.)					
	Samverkanspart (ex annan förvaltning, Region Stockholm, Polis)					
	Tillsynsmyndighet (t.ex. IVO, Skolinspektionen)					
Personuppgiftsincidenter	Hantering av personuppgifter					
Synpunkter och klagomål - ej personalrelaterade	Annat (ange vad i rapporteringsvyn)					
	Fysisk miljö inne eller ute (ej städad, avsaknad av material etc.)					
	Mat och måltider					
	Teknik, verksamhetssystem eller IT-relaterade frågor					
Synpunkter och klagomål - som gäller verksamhet och personal	Annat (ange vad i rapporteringsvyn)					
	Bemanning					
	Bemötande					
	Fråga/idé					
	Hälso- och sjukvård					
	Information (utebliven info, obegriplig etc)					
	Kompetens					
	Tillgänglighet (öppettider, telefontider)					
Vem avser avvikelserna - SOL/LSS	Utebliven/försenad insats					
	Annat verksamhet					
Vilken återkoppling och vilka åtgärder har gjorts?	Den egna verksamheten					
	Antal synpunkter/klagomål där återkoppling har lämnats					
	Antal synpunkter/klagomål där åtgärder vidtagits					