



Patientsäkerhetsberättelse för Rehab Aktivt Liv

År 2025

Datum och ansvarig för innehållet

20260203 Kari Lagerholm

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vård skador	5
Risikanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Sammanfattning

Under 2025 har uppföljning av mottagningens ledningssystem SOSFS 2011:9 skett. Ändringar har gjorts i checklistor och nya checklistor har tillkommit.

Egenkontroll på mottagningen har skett genom checklistor som har upprättats tillsammans med personalen för att alla ska vara delaktiga. Checklistorna tas fram i enlighet med SOSFS 2011:9. Exempelvis avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering-riskanalys, basala hygienrutiner enligt Vårdhandboken, rutiner på mottagningen. Risker för vårdskador har identifierats genom riskanalysbedömningar som genomförts av ledning i samarbete med all personal.

I ledningssystemet finns riktlinjer för hur vi hanterar risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelse tas upp på våra möten en gång i veckan. Avvikelse informationen kan komma ifrån oss på mottagningen, närstående eller andra vårdaktörer. Vid allvarigare avvikelser upprättas en Lex Maria.

Samverkan görs med anhöriga och patienter vid klagomål som har betydelse för patientsäkerheten genom att kontakt tas med de berörda parterna. Dessa ärenden tas upp på veckomötena.

Utbildning av all nyanställd personal har genomförts på socialstyrelsens utbildning för beställningsportalen.

Mål har satts upp inför år 2026.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Under år 2025 hade verksamheten noll vårdskador. All vårdpersonal har varit delaktiga i utvecklingen av ledningssystemet.

Vårt elektroniska journalsystem ingår också inom ramen för detta. Vi har infört ett till journalföringssystem, Webdoc under 2024. Fortsatt implementering i verksamheten har fortsatt under 2025 med utbildning för nyanställda. Detta för att möta framtida behov och kunna implementera ett digifysiskt arbetssätt på vår mottagning. Vid implementeringen av Webdoc har alla medarbetare varit delaktiga och vi har tillsammans kontinuerligt gjort uppföljning för att bibehålla patientsäkerheten. Detta har ökat patientsäkerheten. Vi tar fortfarande emot remisser i Take Care för att underlätta samarbete med andra vårdaktörer. För att utöka kunskapen sker utbildning kontinuerligt. Veckomöten har skett kontinuerligt, varje vecka, ett av dessa per månad är APT. Vid dessa möten utvecklas hela tiden frågor gällande patientsäkerheten och ledningssystemet. Vi har varit tillgängliga under våra öppettider för våra patienter, anhöriga och andra vårdaktörer.

Rehab Aktivt Livs mål är att ge patienterna precis den rehab de behöver med tonvikt på bra bemötande och patienten i fokus. Vi har ett gemensamt förhållningssätt och arbetar klientcentrerat.

Målet innefattar alla delar i rehab på mottagningen och vi utgår från en patientsäker behandling som grundar sig på evidensbaserade riktlinjer.

Vår strategi är att ha regelbunden kompetensutveckling genom kurser, nätverksträffar, föreläsningar och auskultationer. De som varit på externa kurser delger till samtliga medarbetare/de som berörs på våra veckomöten samt APT.

Mottagningen har som mål att ha en arbetskultur som uppmuntrar avvikelserapportering och förbättringsarbete/utveckling.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Patientsäkerhetsarbetet inklusive uppföljning/utvärdering sker löpande i dialog mellan medarbetare och ledningen.

Inom mottagningen pågår arbete med att se över den interna organisationen för patientsäkerhetsarbetet, tydliggöra chefers roll och öka medvetenheten hos medarbetarna. Detta innefattar såväl utbildning som uppföljning av följsamhet till riktlinjer och rutiner.

Det yttersta ansvaret har verksamhetschefen med systematiskt förbättringsarbete och ansvara för att mottagningen drivs utifrån gällande avtal, lagar, föreskrifter och fastställda rutiner.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Korrekt journaldokumentation är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Vid allvarliga avvikelser upprättas en Lex Maria.

För att göra vården säker är målet att alla risker och avvikelser ska rapporteras och åtgärdas, rutiner finns i ledningssystemet.

Uppföljning/utvärdering sker med samtliga anställda veckovis och på APT mötet varje månad. Vid eventuella avvikelser sker dokumentation av den som mottagit avvikelsen, det följs upp av verksamhetschefen/personalen och sammanställs av verksamhetschefen.

Verksamhetschefen är ansvarig för att medarbetarna har kännedom om hur patientsäkerhetsarbetet på mottagningen bedrivs genom kontinuerlig uppdatering i samband med nyanställningar samt information vid veckomöten och APT på mottagningen. All information finns även skriftligen i form av protokoll från dessa möten och det åligger medarbetare som ej deltagit pga planerad eller oplanerad frånvaro att hålla sig á jour med det som tagits upp på möten.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Förbättringsarbetet har bedrivits genom kompetensutveckling under 2025 av medarbetare. En medarbetare har gått utbildning inom handrehabilitering och en har gått en utbildning gällande kvinnohälsa och bäckenbottenbesvär, en har gått utbildning i dry needling, en har gått utbildning inom ortopedi med inriktning skuldra.

Patientsäkerheten har förbättrats genom att öka tillgängligheten på mottagningen. Målet är att samtliga yrkeskategorier (fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist) finns tillgängliga på mottagningen under våra öppettider.

Som ett led i att ytterligare stärka mottagningens kompetens har en administratör anställts under 2025.

Alla yrkeskategorier följer Socialstyrelsen riktlinjer och vårdprogram i sin behandling med patienterna.

Medarbetarna har deltagit i HLR utbildning på mottagningen.

Under 2025 har mottagningen fortsatt att utveckla det digitala arbetet. Rehab Aktivt Liv har sedan 2024 erbjudit digital rehabilitering. Under 2025 har man utvecklat den digitfysiska vården, vilket utökat patienternas valfrihet och tillgängligheten på rehabiliteringen.

Verksamheten har fått en ökning av patienter under 2025 vilket har ställt krav på att prioritera de patienter som har störst behov. Vi har fortsatt med hygienrutiner även efter pandemin och följer riktlinjer från Region Stockholm.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Vi rapporterar det som beställarna efterfrågar.

Vi har en revisor som granskar verksamheten.

Mottagningen har miljöcertifiering som sker årsvis på nätet.

Vi har ett journalsystem där det sker löpande kontroller under året.

Löpande på veckomötena tas det upp om etik, förhållningssätt, professioner och attityder i gruppen.

Vi uppdaterar oss gällande restriktioner och hygienrutiner fortlöpande.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi har samverkan med andra vårdaktörer både inom regionen, hjälpmedelsaktörer och kommunerna vi verkar i.

Samverkan sker i möten t ex i hemmet hos patient och på annan plats, per telefon och genom remisser. Vi deltar vid SIP med olika vårdaktörer.

Samverkan sker även med regelbundna nätverksträffar som anordnas av andra vårdaktörer och av oss själva

Under 2025 har samverkan med andra vårdaktörer skett fysisk och/eller digitalt.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Kvalitetsledningssystemet ligger till grund för alla riskanalyser.

Risikanalyserna är ett levande dokument som förändras då verksamheten förändras. När det sker förändringar i verksamheten sker en fortlöpande kommunikation inom gruppen och med andra vårdaktörer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Avvikelsehantering tas upp på varje veckomöte inom gruppen.

Vi följer punkterna utifrån Socialstyrelsens avvikelserapportering i hälso- och sjukvården.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

I ledningssystemet finns stöd för att utveckla arbetet med bemötande, information och delaktighet. Patientens rätt till bra bemötande, tillräcklig information om behandlingsalternativ och delaktighet i vården är grundläggande för bra vård. Från och med 1 januari 2015 har det kommit en ny patientlag som möjliggör för patienten att vara mer delaktig. Vid klagomål och synpunkter har vi som policy att personalen hänvisar till verksamhetens chefer, vi informerar om att patienten kan vända sig till patientnämnden, vi har även skriftlig information.

För att underlätta för patienter att lämna ris och ros finns det en brevlåda för detta på mottagningen.

Klagomål och synpunkter tas upp löpande på veckomötena och APT.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Rutinerna följs utifrån ledningssystemet. Gruppen kommunicerar internt och i förekommande fall även externt där vi hänvisar patienten till patientnämnden.

Vid interna fall upprättas en åtgärdsplan och följs därefter upp enligt tidsplanen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi har inte haft någon vårdskada under året, men skulle det uppstå har vi en handlingsplan.

Handlingsplanen involverar patienten och närstående.

Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt eller begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.
2. vi informerar om patientnämnden. Allvarliga händelser anmäls till IVO och det ges information till patienten om detta.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Verksamhetens anställda har deltagit i processen med mottagningens patientsäkerhetsarbete.

Processmått

Mottagningen följer hygien- och klädrutiner utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Riskanalyser tas upp en gång per månad då vi har APT möte. Under 2025 inträffade inga vårdskador. Samtliga avvikelser har behandlats enligt mottagningens rutiner.

Resultatmått

Mottagningen har korta väntetider. Alla patienter har fått tid/erbjudits tid inom två veckor.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Inför 2026 har vi som mål att ha noll vårdskador.

Alla på mottagningen ska känna till informationen i ledningssystemet och vara delaktiga i att förbättra mottagningens arbetssätt.

Verksamheten ska genomföra en miljödiplomering för mindre verksamheter som har avtal med Region Stockholm

Verksamheten ska bemöta patienterna som tidigare har gjorts samt nätverka med andra vårdaktörer.

Verksamheten ska ge medarbetarna möjlighet att utvecklas i sin profession och annan utbildning som syftar till en förbättring av verksamheten, en utveckling av verksamheten och dess medarbetare