

Patientsäkerhetsberättelse

för Reaktivering Furuhöjden AB

År 2025



Datum 20260226

Ansvarig för innehållet: Lina Hasselgren, verksamhetschef

Medförfattare: Enhetschefer Malin Onishi, Viktor Idoff, Annika Brandebo, Emma Ljunggren, Therese Overmark.

Informations- och kvalitetsadministratör Suzanne Gustafsson

Kvalitetssamordnare Jennifer Stålhult, Kvalitet- och miljösamordnare Lovisa Larsson,

Miljösamordnare Julia Alm

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad operativ styrgrupp och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Handlägningsrutiner vid intagning Furuhöjden Rehabilitering.....	5
Samarbetsformer	5
Samverkan för en sammanhängande vårdkedja och säker hemgång.....	6
Handläggning Furuhöjden Rehabcenter	6
Informationssäkerhet.....	6
En god säkerhetskultur	7
Kvalitetssäkringssystem.....	7
Avvikelsehantering.....	7
Adekvat kunskap och kompetens.....	7
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	8
Dokumentation	9
Patienten som medskapare.....	11
Agera för säker vård	11
Vårt arbete för säker vård 2025	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
Mål, strategier och utmaningar för 2026	20

SAMMANFATTNING

Sammanfattning av genomförda åtgärder 2025

Under 2025 har flera åtgärder genomförts inom verksamhetens olika enheter för att stärka patientsäkerheten, förbättra rutiner och säkerställa en hög och jämn kvalitet i vården.

Kompetensutveckling och organisation

- Teamen har utökats med fler specialister inom neurologi för att möta ett ökat patientflöde och komplexare diagnoser.
- Timanställda har fått riktade utbildningsinsatser inom PNA, blodtryck och kateterisering, och alla timanställda har tilldelats namngiven chef samt förbättrat introduktionsmaterial.
- Utbildning i basala hygienrutiner har genomförts och självskattning samt PPM-mätning har utförts med förbättrade resultat under hösten.

Dokumentation och uppföljning

- Journalgranskningar har genomförts inom flera områden, bl.a. trycksår, fallrisk och FIM-registrering.
- Åtgärder har vidtagits för att tydliggöra ansvarsfördelning, stärka dokumentationsrutiner och minska dubbeldokumentation.
- Information om FIM har integrerats i introduktionsmaterial och lyfts i ordinarie teamarbete.

Avdelningsspecifika åtgärder

Avdelning 1 – Ortopedi

- Nytt PM samt bildstöd för steril omläggning har införts och utbildning genomförts.
- Personal har hospiterat på Rehabcenter och roterat mellan avdelningar för att öka kompetens och beredskap.

Avdelning 2 – Neurologi

- Fördjupad utbildning i kognition för samtliga yrkeskategorier.
- Rotation från andra avdelningar för ökad trygghet och kompetens.
- Förbättrad struktur i social planering, ronder och dokumentation.

Avdelning 3 – Kirurgi

- Informationsblad och PM om stomihantering har implementerats för att stärka patientens och personalens kunskap.
- Teamronden har strukturerats om och avdelningen har nu tillgång till en till specialistläkare inom kirurgi.

Nattverksamhet

- Nattpersonal har deltagit i dagpass och utbildningstillfällen.
- Dokumentationsrutiner har anpassats för bättre tillgänglighet och tydlighet.
- Föreläsningar och kursinsatser har genomförts inom kirurgi och ortopedi.

Rehabcenter

- Dokumentationsstödet har förbättrats via införandet av AI-hjälpmidlet Tandem.

- Kompetensen har stärkts genom utökade specialistresurser och utbildning inom neurologi och smärta.
- Föreläsningar för patienter och anhöriga har genomförts.

Övergripande förbättringar

- Morgonrapporten har förändrats för minskat informationsbortfall och ökad patientsäkerhet.
- Nytt arbetspass från kl. 06.00 har bidragit till färre fall.
- Uppdaterad medicinteknisk utrustning har köpts in, bland annat mobila kontrollenheter och ytterligare infusionspump.
- Rutiner kring Legionella har stärkts efter händelseanalys och samarbete med vårdhygien har initierats.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad operativ styrgrupp och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Furuhöjdens övergripande mål är att patienterna får "precis den rehab de behöver".

Målet innefattar alla delar i rehab- och omvårdnadsprocesserna och utgår från att vi har en patientsäker kvalitet och miljö. För att uppnå detta arbetar vi med nedanstående:

Strategier:

- Vi har regelbunden kompetensutveckling
- Vi har närvarande och engagerad ledning
- Vi har ett gemensamt patientorienterat arbetssätt som grundar sig på patientens individuella behov.
- Engagerade medarbetare med genuin motivation och glädje
- En arbetskultur som uppmuntrar avvikelserapportering och ständiga förbättringar.

Organisation och ansvar

Verksamhetschef

- Ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och fastställda rutiner. I uppgifterna ingår också bevakning av att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls på Furuhöjdens Rehabilitering och Furuhöjden Rehabcenter.
- I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och personalbemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enhetschefernas ansvar är att

- säkerställa att den egna avdelningen följer Furuhöjdens verksamhetsplan, det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att införande av nya rutiner/metoder följs.



- introducera och säkerställa att alla medarbetare använder administrativa system på rätt sätt.
- säkerställa att all patientdokumentation motsvarar ställda krav enligt bl a HSLF-FS 2016:40, patientdatalagen, socialtjänstlagen, kund- och/eller avtalskrav samt GDPR.
- rapportera personalens kompetensutvecklingsbehov till den operativa styrgruppen.
- säkerställa att avvikelshantering är "aktiv" och används på ett konstruktivt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All vår hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelshantering.

Kvalitets- och miljösamordnare

- ska uppfylla de mål som ledningen fastställer i Furuhöjdens verksamhetshandbok och aktivt arbeta för att samtliga medarbetare engagerar sig i kvalitets- och miljöarbetet.
- ska aktivt notera, sammanställa och rapportera avvikelser till verksamhetschef och ledning. Är även ansvarig för att genomföra interna revisioner.
- ska ta initiativ till förbättringar för att ständigt förbättra kvalitets- och miljöarbetet inom verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Handläggningsrutiner vid intagning Furuhöjden Rehabilitering

Inkomna remisser för specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus bedöms och inbokningssköterskan kontaktar den remitterande avdelningen för mer information kring patientens status och behov. Detta för att säkerställa att patienten är redo för rehabilitering och att vi har tillräckliga resurser för en god och säker vård.

När patienten anländer görs en ny bedömning. Om bedömningen visar att patienten inte är medicinskt stabil återremitterar läkaren patienten till sjukhuset.

Kommer patienten via remiss för planerad neurologisk rehabilitering görs på sedvanligt sätt en bedömning av patientens behov och huruvida patienten är berättigad till rehabilitering, därefter bokas patienten in av rehabteamet för ett inskrivningssamtal. Tillsammans med patienten utformas sedan en rehabiliteringsplan.

Samarbetsformer

Furuhöjden arbetar tillsammans med patienten i interdisciplinära team. Teamets sammansättning beror på patientens behov och kan bestå av alla eller några av följande yrkeskategorier: läkare, sjuksköterska, undersköterska, rehabassistent, fysioterapeut, kurator, neuropsykolog, arbetsterapeut, dietist och logoped.

Alla i teamet träffar patienten under inskrivningsdygnet och tar anamnes och status. Sedan lägger man tillsammans med patienten upp rehab- och omvårdnadsplan med mål och åtgärder.

Uppföljning sker dagligen av respektive yrkesgrupp och genom gemensamma uppföljningsmöten. Närstående är alltid välkomna att delta aktivt i rehabiliteringen.

Samverkan för en sammanhängande vårdkedja och säker hemgång

Vi använder journalsystemet TakeCare och har sammanhållen journal med övriga vårdenheter i Stockholm. Vi följer de riktlinjer och lagar som styr sammanhållen journalföring. Vi är också anslutna till NPÖ (Nationell Patientöversikt) för att, vid behov, kunna ta del av journalhandlingar från övriga vårdgivare i landet som inte är anslutna till Regions Stockholms TakeCare. Saknas viktiga journalhandlingar tar Furuhöjden kontakt med remitterande enhet för komplettering.

Under vistelsen tas vid behov kontakt med distriktssjuksköterska, hemrehabiliteringsteam och kommunen för fortsatta insatser efter hemkomst och överrapportering. Remiss skickas vid behov till primärvården.

Vi använder Life Care SP som kommunikationssystem för en samordnad utskrivning för patienter där det finns ett fortsatt behov av insatser från kommun och/eller primärvård.

Vårdplanering (SIP, samordnad individuell plan) kan vid behov ske hos oss på avdelningen då också anhöriga är välkomna att delta om patienten önskar detta.

Vid utskrivning får patienten med sig läkemedelslista och rehabiliteringsplan med information om vistelsen, mål, åtgärder och resultat samt eventuella restriktioner, telefonnummer till avdelningen samt kontaktuppgifter för fortsatt eftervård och planerade åtgärder.

All legitimerad personal sammanfattar vårdtiden och åtgärder samt resultat i en slutanteckning eller epikris.

Om patienten blir återremitterad till akutsjukvården kontaktas alltid mottagande enhet för överrapportering gällande status.

Handläggning Furuhöjden Rehabcenter

Furuhöjden Rehabcenter har öppenvårdspatienter samt patienter som kommer för planerad dagrehabilitering inom neurologi. Här finns även specialistfysioterapeuter inom ortopedi, smärta och neurologi.

Söker patienten till specialistfysioterapeut, gör fysioterapeuten en bedömning av patientens besvär vid ett första besök. En plan med åtgärder läggs upp tillsammans med patienten för att få ett så bra resultat som möjligt. Patienten får med sig övningar att göra mellan besöken. Stor vikt läggs vid patientens delaktighet och självbestämmande. Det är av yttersta vikt att man arbetar i team med patienten för att kunna säkerställa framsteg.

Även här är anhöriga självklart välkomna att delta i planering och rehab om patienten önskar.

Informationssäkerhet

Furuhöjden har en informationssäkerhetspolicy baserat på de riktlinjer och lagar som styr informationsöverföring och informationssäkerhet i vården. Policyn kontrolleras regelbundet för att se att den är aktuell och att policyn följs av alla.

Vi har återkommande informationstillfällen för medarbetarna gällande informationssäkerhet och det finns även med som en del i introduktion av nyanställda.

Vid anställning av ny medarbetare kontrolleras alltid legitimationen via IVO/HOSP och referenser tas.

Alla medarbetare som ska in i journalsystem eller andra system med personuppgifter har SITHS kort för säker autentisering. Behörigheter i journalsystemet tilldelas beroende på yrkeskategori och arbetsuppgifter.

En god säkerhetskultur

Kvalitetssäkringssystem

Reaktivering Furuhöjden AB är certifierat för ISO 9001 och ISO 14001. Vi har ett fungerande ledningssystem med kontinuerlig översyn av befintliga system, processer, struktur i rapportering, avvikelshantering, riktlinjer och rutiner.



Avvikelsehantering

Vi använder oss av IA systemet (ett digitalt händelsesystem) där alla medarbetare har möjlighet att rapportera in alla slags händelser/avvikelser eller förbättringsförslag. Detta för att underlätta inrapportering men också för att kunna få en förbättrad överblick, kunna se och hantera mönster eller återkommande händelser, dra slutsatser och sätta in åtgärder i tid. Systemet underlättar också uppföljning och statistik.

Alla medarbetare är skyldig att rapportera avvikelser om de upptäcker eller hör om något som kan leda till vårdskada eller risk för vårdskada, eller där rutiner inte följts.

Även avvikelser gällande trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner skall rapporteras in i IA systemet samt noteras i patientjournalen.

Vi inrapportering i IA systemet får ansvarig för området en notifikation i e-posten vilket snabbar på hanteringen av avvikelserna.

Inför förändringar och nya rutiner eller implementering av nya system i verksamheten genomförs alltid en riskanalys.

Vid varje inskrivning bedöms om patienten har risk för att falla, få trycksår och/eller undernäring. Detta görs med evidensbaserade bedömningsinstrument och förebyggande åtgärder dokumenteras i journalen och rapporteras vidare i teamet.

Regelbunden kontroll av lokaler och medicinskteknisk utrustning och hjälpmedel utförs för att förebygga vårdskador.

Läkemedelshanteringen diskuteras regelbundet vid sjuksköterske- och läkarmöten för att se om rutiner ska förändras för att förbättra säkerheten.

Skyddsronnd avseende patient- och personalsäkerhet görs varje år. Skyddskommittén har haft regelbundna möten under året.

Avvikelser som inkommit sammanställs och presenteras två gånger per termin för medarbetarna. Detta för att engagera alla personalgrupper och visa på vikten av en noggrann och strukturerad avvikelseprocess för att ha en hög kvalitet, patientsäkerhet och ständig förbättring.

Operativ styrgrupp uppmuntrar till att rapportera in alla slags avvikelser/händelser samt förbättringsförslag.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Furuhöjden har sedan starten 1993 arbetat i interdisciplinära team, vilket var en av hörnstenarna när verksamheten bildades. I teamen på varje avdelning ingår specialistläkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Kurator



ingår i teamen med ansvar för flera avdelningars patienter. Dietist, logoped och neuropsykolog tillkallas för de patienter som har behov av dessa specialiteter.

Därutöver är kockar, sekreterare, städ- och servicepersonal tillsvidareanställda i verksamheten. I verksamheten finns även verksamhetschef, HR-chef, kvalitet- och miljösamordnare, bemanningsansvarig mfl.

Flertalet av våra fysioterapeuter är vidareutbildade på avancerad nivå inom neurologi och ortopedi. Våra fysioterapeuter är också utbildade inom mCI-terapi vilket är en behandling med god effekt vid efter hjärnskada, till exempel stroke. Under 2025 utökade vi teamet med fler specialister inom neurologi då vi har ett ökat antal patienter med neurologiska sjukdomar och skador vilket gjort att behovet av tillgängliga tider och kunskap ökat.

Utöver vår fasta personalstyrka har vi en stor pool med behovsanställda inom alla yrkeskategorier för att akut kunna ersätta vid frånvaro, eller förstärka med personal när behov uppstår.

Vi vill även att våra behovsanställda ska vara uppdaterade inom Furuhöjdens arbetssätt och rehabiliteringstänkande och genomför en s.k. rehabintroduktion under anställningen. Vi har också speciella "timmöten" - med information och kunskapsdelgivning.

Vi har under slutet av 2024 erbjudit våra timanställda undersköterskor kompetensutveckling genom praktisk genomgång i PNA, blodtryck och kateterisering och under 2025 har vi tilldelat alla behovsanställda en namngiven chef för bättre kommunikation.

Vi har också gått igenom och reviderat vårt introduktionsmaterial för att medarbetarna ska ha lättare att komma in i arbetet och för en ökad trygghet för både medarbetare och patient.

Vi använder ett digitalt bemanningssystem där alla kan se aktuellt schema och bokningar av arbetspass vilket underlättar kommunikationen med såväl vår fasta personal som med våra behovsanställda.

För personalpolicy, utbildningspolicy samt fortbildning tillämpas följande riktlinjer:

- Kartläggning av alla medarbetares kompetens sker kontinuerligt. Dessa ligger till grund för att se inom vilka områden personalen ska vidareutbildas inom. Utbildning (interna och externa) sker regelbundet.
- Vid det årliga medarbetarsamtalet görs en individuell kompetensplan för medarbetaren som sedan följs upp på lönesamtalet och revideras följande år på medarbetarsamtalet.
- Den operativa styrgruppen beslutar inom vilka områden kompetensutveckling ska äga rum utifrån verksamhetsplanen. De senaste åren har vi satsat på fortsatt kunskapsutveckling inom neurologi, kirurgi, thoraxkirurgi och ortopedi.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Under vår samt höst 2025 genomfördes som tidigare år en självskattningsenkät gällande basala hygienrutiner och klädregler. Punktprevalensmätning utfördes även i samband med detta. Sammanfattningsvis följer vi klädreglerna bra. Vårens mätning visar på att vi inte desinfekterar händerna innan patientkontakt i tillräckligt hög utsträckning. Höstens mätning visar på god följsamhet gällande detta. Följsamheten till användning av/inte användning av skyddshandskar och förkläde är god.

Under vårens självskattnings och PPM-mätning visade resultatet på en diskrepans mellan självskattad följsamhet och faktiskt följsamhet vid observation. Exempelvis svarade en hög andel

att dom spritar händerna innan patientkontakt men vid observation gjordes detta endast i ca 50% av fallen. Under hösten stämmer självskattningen betydligt mer överens med PPM-mätningen.

Utbildning i BHK har genomförts under våren 2025 och det arbetet ska fortsätta under 2026. Ny självskattning samt PPM-mätning kommer att genomföras under hösten 2026. Vi följer fortsatt de riktlinjer som inkommer från Region Stockholm och justerar dem efter riskbedömning och behov för att passa i vår verksamhet.

Dokumentation

Under 2025 kontrollerades:

1. Att trycksårsbedömning är gjord för neuro-, ortoped och kirurgpatienter och att eventuella åtgärder och registrering av trycksår grad 2 är registrerad i IA systemet.
2. Att fallriskbedömningar enligt Downton fallriskindex utförts och eventuella åtgärder satts in för våra neuropatienter vilket är ett verksamhetskrav.
3. Att man registrerat i FIM (Functional Independence Measure) vid in- och utskrivning för neuropatienterna. FIM är ett verktyg som används för att relativt snabbt kunna åskådliggöra graden av oförmåga och därmed kunna användas på en stor grupp individer. Graden av aktivitetsbegränsning ändras under rehabiliteringens gång. De data som tagits fram med FIM-instrumentet kan användas som hjälp att fånga upp sådana förändringar och för att analysera utfallet av rehabiliteringen. Resultatet registreras också in i kvalitetsregistret SVEREH (Svenskt register för rehabiliteringsmedicin). Alla berörda medlemmar i teamet kring gästen kan dokumentera status i FIM. Denna journalgranskning innefattade registrering gjorda av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped.
4. Att omvårdnadsprocessen följs samt dokumenteras av sjuksköterskorna.
5. Under november 2025 gjordes Journalgranskning av fysioterapi- och arbetsterapijournaler inom ortopedi och neurologi för att kontrollera att Rehabplan är utformad inom avtalskrav, att den "röda tråden" följs dvs problem-mål-åtgärder-resultat och att det finns en sammanfattning/epikris.

Resultat

1. Inga trycksår grad 2 har registrerats i IA systemet. Tryckssårsbedömning enligt Norton är utförd på 14/15 kontrollpatienter inom neuro, 10/15 kontrollpatienter inom kirurgi samt 12/15 kontrollpatienter inom ortopedi.
2. Av 15 granskade neurojournaler har 13 gäster fallriskbedömts enligt Downton.
3. 21 patientjournaler för neuropatienter granskades gällande dokumentation av FIM vid in- och utskrivning.
Registrering av sjuksköterska: 3 FIM saknas vid inskrivning / 5 vid utskrivning
Registrering av fysioterapeut: 4 FIM saknas vid inskrivning / 9 vid utskrivning
Registrering av arbetsterapeut: 1 FIM saknas vid inskrivning / 6 vid utskrivning
Registrering av logoped: 3 FIM saknas vid utskrivning.

Det saknas även information under "social och intellektuell information" vid samtliga FIM, både vid in- och utskrivning. Kollega som tidigare var ansvarig över att fylla i detta har slutat, troligtvis orsaken till detta. Om man bortser från socialt och intellektuellt är 6/21 FIM kompletta, alltså registrerade vid in- och utskrivning av samtliga professioner.

Åtgärder: Se över vem/vilken profession som ska vara ansvarig för att social och intellektuell funktion fylls i. FIM diskuteras dagligen på teamrund. Information gällande FIM har även lagts till i dokumentationsintro för ny personal. Fortsatt arbete med journalgranskning 2026.

4. I stort sett är omvårdnadsprocessen väl dokumenterad. Tre fokusområden för 2026 identifierades vid journalgranskningen:
- Aktivitetsplaner startas inte för samtliga omvårdnadsdiagnoser.
 - Epikrisen liknar mer ett status än en sammanfattning av vårdtiden, åtgärder saknas ofta kopplat till omvårdnadsmålen.
 - I gemensamma journaler (där samtliga professioner journalför) ska vi ange datum samt HSAID för varje anteckning vilket inte görs i full utsträckning.

Åtgärder som vidtagits: Informerat samtliga sjuksköterskor om granskningen samt diskuterat denna på sjuksköterskemöte. Informerat om rutinen gällande de gemensamma journalerna på relevanta möten. Dokumentationsgruppen diskuterar och arbetar med detta kontinuerligt.

5. Ortopedi - resultat. 14 journaler granskades:

Sammanfattning: Alla pt har erhållit en rehabplan enligt avtalskrav. Generellt så noterar fysioterapeut och Arbetsterapeut mycket som är samma uppgifter. – Man kopierar varandras ankomstorsak, boende etc vilket gör att det dubbeldokumenteras. Det saknas noteringar under **Problem** i alla 14 Ft rapporter dock finns noterat under status men svårbedömt utifrån vad problemet är som ska ligga till grund för mål i rehabplan. I arbetsterapeuternas rapporter är mycket fördefinierat vilket då gör det mindre individuellt men dock adekvat.

Åtgärdsförslag för 2026: Se över fysioterapeuternas Ft rapport - Diskutera kring journalföring och hur man kan förtydliga problem samt sammanfattningen i slutet. Använda daganteckningarna för att uppdatera status precis som arbetsterapeut gör och EJ skriva uppdaterade status i ankomstsökorden.

Få ner dubbeldokumentation genom att ha en gemensam journalmall med bakgrundsfakta samt sådant som är väsentligt för reha tiden. Vi har i dokumentationsgruppen gjort ett förslag gällande en mall för bakgrund som alla yrkeskategorier ska kunna notera i. Tanken är då att varje yrkeskat. Endast noterar sina specifika bedömningar, problem och åtgärder.

- Neurologi – 15 journaler granskades:

Sammanfattning: Alla pt har erhållit en rehabplan enligt avtalskrav. Flera sökord som *både* arbt och Ft noterar i sina resp ankomstbedömningar bl a gällande Intagningsorsak och Boende. De skriver alltså samma sak – dubbeldokumentation. Fysioterapeuterna skriver sällan under sökordet "problem" utan gör ett omfattande status som ligger till grund för mål och åtgärder. I arbetsterapeuternas ankomstbedömning har vid ett par tillfällen missats att notera problem eller mål. Samt att i ett par journaler så har man noterat åtgärder under mål. Arbetsterapeuterna saknar ordet problem i sin epikris varför det inte finns noterat i epikrisen.

Åtgärdsförslag för 2026: Se över fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas journalmallar för att förenkla och förtydliga rehabiliteringsprocessen. Rensa sökord/ ersätta med tydligare sökord. Ft epikrisen är en sammanslagning av ett slutstatus

(motoriskt/funktion) samt en epikris. Kanske dela dessa i två? En epikris och ett slutstatus? I arbetsterapeutepikrisen behövs ett sökord för problem.

Få ner dubbeldokumentation genom att ha en gemensam journalmall med bakgrundsfakta samt sådant som är väsentligt för reabilitiden. Vi har i dokumentationsgruppen gjort ett förslag gällande en mall för bakgrund som alla yrkeskategorier ska kunna notera i. Tanken är då att varje yrkeskat. Endast noterar sina specifika bedömningar, problem och åtgärder.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Furuhöjden har sedan starten 1993 haft ett patientcentrerat förhållningssätt där patienten är i centrum så att vård och behandling utgår från patientens behov och målsättning. Vid inskrivningen utformas alltid vård och rehabiliteringsplan tillsammans med patienten, och vid önskemål från patienten, även närstående. Närstående erbjuds, under förutsättning att patienten önskar det, att delta vid vård- och träningstillfällen, uppföljande samtal och utskrivningssamtal om detta är av vikt för patientens fortsatta vård- och rehabilitering i bostaden.

Vi använder det digitala programmet Exorlive där träningsprogram utformas individuellt och sedan kan distribueras digitalt till patienten eller skrivas ut och lämnas över. Patienten kommer åt sina träningsprogram via en app i mobiltelefonen där även videoklipp visar hur de ska utföras. Vi kan också vid behov hjälpa patienten eller närstående att använda mobilkameran för att fotografera eller filma olika övningar, vid träning av vårdmoment (injektioner, stomibyte) eller hur en ortos eller nackkrage ska tas av eller på.

Vi anser det vara av stor vikt att ta del av patientens och anhörigas frågor och synpunkter för att utveckla patientsäkerheten och tydligheten i informationsutbytet.

Det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till personalen eller via enkät som patienterna fyller i vid vårdtidens slut för att vi ska få återkoppling på vård- och rehabilitering de har fått.

Under vistelsen sker kontinuerlig uppföljning mellan patient och team för att samla upp eventuella frågor och funderingar som uppstått.

För att ytterligare öka patienternas möjlighet till delaktighet har vi förtydligat patientens rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplan på whiteboardtavlor som sitter synliga på patientens rum. Detta ökar också patientsäkerheten genom att det tydligt och lättillgängligt finns information om patientens behov och resurser även för ny personal och anhöriga som ska hjälpa patienten vid t ex förflyttningssituationer.

Agera för säker vård

Furuhöjden är ISO certifierade i kvalitet och miljö vilket bl a innebär att vi har ett fungerande ledningssystem och processer för att säkra god och säker vård, en väl fungerande verksamhet, arbetsmiljö och miljöarbete.

Den operativa styrgruppen går årligen igenom årets resultat inom våra olika områden och lägger upp en handlingsplan för kommande år där vi utgår från resultat, mål och avvikelser.

Områden som kontrolleras årligen är: hygien, läkemedelshantering, fall, trycksår, dokumentation, vård- och rehabprocesser och avfall. Ytterligare områden som ska genomgå en kontroll under året beslutas bland annat genom inkomna avvikelser.

Resultat från tidigare genomförda kontroller ligger till grund för fortsatt handlingsplan och åtgärder och följs upp under året genom ytterligare kontroller för att se åtgärdernas effekt.

Vårt arbete för säker vård 2025

Avdelning 1, Ortopedavdelning:

- Under året har åtgärder genomförts för att öka kunskap gällande steril omläggning. Detta för att säkerställa att det görs korrekt. Ett nytt PM för Steril omläggning har utarbetats och bild på uppdukning satts upp i omläggningsskåpet. Ett utbildningstillfälle har genomförts för undersköterskor.
- Några medarbetare som är nya på avdelningen har gått kurs i ortopedi.
- Hospitering från vår ineliggande enhet till vår öppenvårdsrehab Rehabcenter har genomförts för att få en ökad kunskap och insikt i deras verksamhet.
- Omvårdnadspersonal har roterat fortlöpande till andra avdelningar för att få kunskap i de andra diagnosområdena. Detta för att höja patientsäkerheten och ha bättre beredskap vid oplanerad frånvaro.
- Ett Välkomstbrev för ortopedpatienter har utarbetats under 2025 och kommer sättas i drift 2026.
- Det har genomförts föreläsningar av vår ortopedspecialist för att öka kunskap och förståelse för våra gäster och deras postoperativa behov.

Avdelning 2, Neurologi:

- Utbildning i kognition. All personal har fått ta del av föreläsningar från neuropsykolog. Arbetsterapeuter har även haft egen stund med Neuropsykolog för att utveckla det kognitiva arbetet på avdelningen. USK/Rehabassistent har även deltagit i externa kursdagar kopplat till kognition.
- Medarbetare från andra avdelningar har i större utsträckning roterat mot avd 2 för att bredda sina kunskaper och få insikt i arbetet som sker på avdelningen. Detta för en utökad trygghet för den anställda och för patientsäkerheten.
- Arbetet kring social planering har förbättrats. Bättre struktur i ronder och planeringsarbete, bättre rutiner kring arbetet i LifeCare för att säkerställa en trygg utskrivning för patienterna.
- Utbildning i dokumentation för undersköterskor.

Avdelning 3, Kirurgi:

- Implementerat ett informationsblad för "Introduktion i stomihantering" med syfte att stärka patientens kunskap inför hemgång. Patienter med ny stomi får då samma information, både muntligt och skriftligt för ökad trygghet. Informationsbladet är också ett uppskattat hjälpmedel för nya medarbetare i introduktionen.
- Nytt PM för medarbetarna har tagits fram "**Patient med stomi**" med information om kolo- och ileostomi. Syftet är stärka patientsäkerhet genom ökad kunskap hos medarbetarna.
- Den dagliga teamronden har fått en förbättrad och tydligare struktur för ökat samarbete i teamet mot patientens mål.

- Avdelning 3 har utökats med en specialistläkare inom kirurgi.
- Ett välkomstbrev från fysioterapeut till patienterna på avd 3 har utformats för ökad delaktighet och trygghet i sin rehabilitering för patienten och vad de kan förvänta sig under vistelsen.
- Medarbetare från övriga avdelningar har roterat till avd 3 för ökad kunskap och samarbete.

Natt

- Nattpersonal har även arbetat dagpass och deltagit på planeftermiddagar för dagpersonal. Detta för ökad kompetens, ökad förståelse samt att det förbättrar kommunikation och planering för patienterna då medarbetarna är mer samstämmiga.
- Dokumentation för nattpersonalen har justerats för att anpassas specifikt till varje avdelnings behov och i stället för att göra en nattanteckning görs nu precis som på dagen ett uppdaterat status när något är förändrat eller något har hänt. Det är då lättare för kollegorna att hitta rätt info vilket leder till bättre patientsäkerhet.
- Vi har haft föreläsning på ett nattnöte av specialist inom kirurgi – Detta för ökad kompetens inom området vilket leder till patientsäkerhet.
- Medarbetare har gått kurs i kirurgi (gastrodagarna) samt i ortopedi.

Rehabcenter

- Antal remisser mellan enheterna har ökat vilket förstärker patientens trygghet med en sömlös rehabilitering.
- Det har införts regelbundna avstämningar inom neuro för att förbättra samarbete och patientflöde mellan dagrehab och specialistfysioterapeuterna.
- Under året började en av specialistfysioterapeuterna använda ett dokumentationshjälpmedel "Tandem" för en säkrare och snabbare dokumentation vilket möjliggjort mer tid för direkt patientkontakt och kommunikation.
- Under året utökades med specialistfysioterapeuter inom neurologi samt smärta och stress.
- Rehabassistenterna har fått mer tid med dagrehabpatienterna i deras träning.
- Det har genomförts föreläsningar för patienter och anhöriga både inriktat på stroke och parkinson för ökad kunskap och trygghet.
- Kompetensutveckling har genomförts för våra medarbetare inom dystoni, neuropati och neurotrauma.

Övrigt:

- Ändring av morgonrapport. Nu rapport inne hos avd vilket gör att alla i teamet hör rapporten. Sparar tid = mer tid för pt. Alla hör = vi undviker sekundärinformation och ökar pt säkerhet på så sätt. Gör även att undersköterska på natten kan vara med på rapporten, skapar ökad förståelse och kompetens samt gör att info som denne har från "sin" avd från natten inte tappas på vägen.
- Det har lagts till ett pass som startar 06.00 vilket lett till färre fall och därmed ökad patientsäkerhet.

- Utfasning av enskilda automatiska blodtrycksmätare till förmån för mobila komplexa kontrollenheter med puls, blodtryck och temp. Teknologin är uppdaterad och mätresultaten mer specifika och säkra.
- Inköpt av en tredje infusionspump. Detta för att säkerställa att vi kan ha dem tillgängliga för patienter som har behov av den.
- Sett över rutiner för Legionella och säkerhet kring detta efter ett misstänkt fall (som senare sannolikt inte uppkommit hos oss). Vi har skapat nya rutiner och sett över alla rutiner gällande hygien, lokaler och städ.
- Initierat löpande samarbete med vårdhygien vilket ska fortsätta arbetas med 2026.

Kvalitet- och miljö

Under december 2025 genomfördes en extern kvalitetsgranskning för att kontrollera att vår läkemedelshantering utförs enligt författningar och övriga riktlinjer. Extern kontrollpart var Medovia.

Resultatet visade inga avvikelser men några förbättringsförslag gällande bland annat organisation i läkemedelsrum, uppdatering av egenkontrollsrutin samt skyltning och rutin vid medicinsk gas.

Som vi nämnt tidigare i dokumentet genomfördes kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Både genom självskattning och observationer. Under våren genomfördes också ett utbildningstillfälle gällande detta.

Lagefterlevnadskontroller har genomförts inom områdena BHK (basala hygienrutiner och klädregler), Journalföring och behandling av personuppgifter, miljö-avfallshantering mfl.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Vi genomför avvikelserapportering inom alla områden gällande t. ex bristande rutiner, risk för vårdskada eller arbetsskada, brist i kommunikation och överrapportering, brister i vårdens övergångar, fall, trycksår, infektioner samt incidenter inom läkemedelshantering. Sammanställning och resultat redovisas internt under personalmöten och/eller utvecklingsdagar och externt till avtalshandläggarna.



Under 2025 har nedanstående inrapporterats i IA:

Furuhöjden Rehabilitering – 251 inrapporterade händelser. Varav 128 är patientrelaterade. Bild ¹

Furuhöjden Rehabilitering:

Avvikelseyp / Händelseyp

128 händelser. Alla 17 val av avvikelseyp visas.

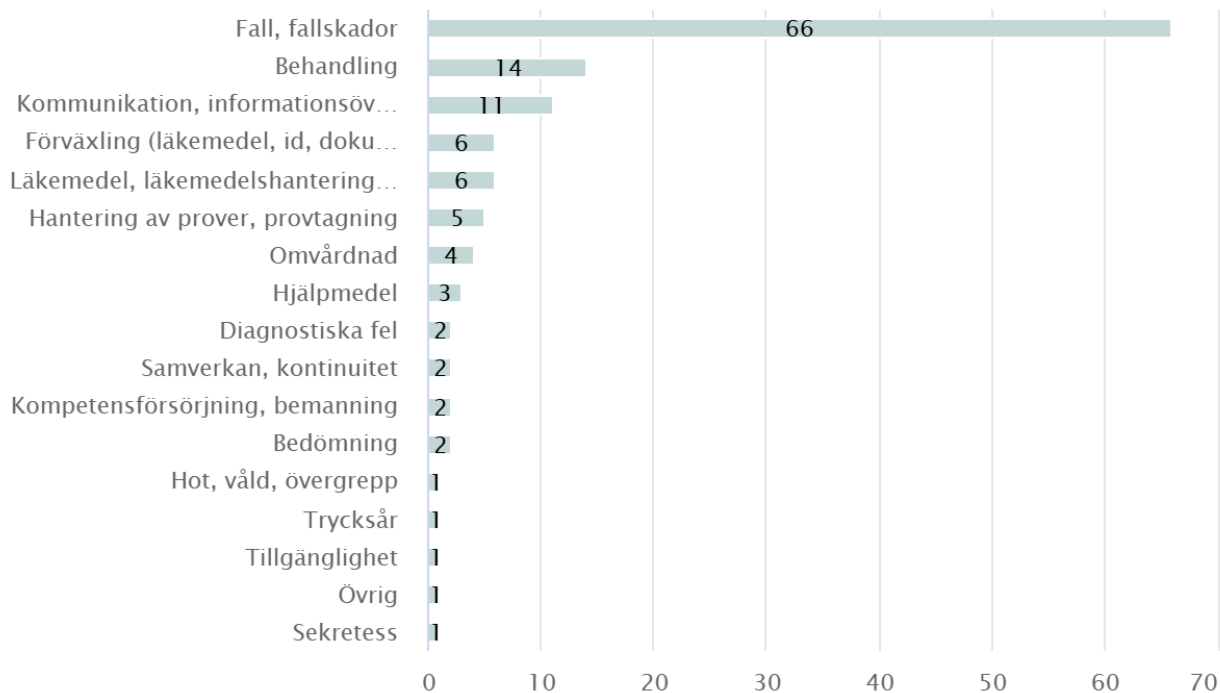


Bild 1

De 128 patientrelaterade händelserna är fördelade på:

Risk – 10 stycken, Tillbud – 87 stycken, Skada/olycka – 21 stycken

För 10 händelser saknas kategorisering vid inrapportering.

Av de 87 tillbuden är majoriteten (47) fall där patient ramlat, glidit eller på annat sätt hamnat på golvet utan att ha skadat sig. Övriga 40 tillbud är fördelade på Behandling (9), kommunikation, informationsöverföring (6), Läkemedel (6), Förväxling (4) prover, provtagning (4), omvårdnad (3) etc. Se bild ²

Avvikelseyp / Händelseyp

87 händelser. Alla 14 val av avvikelseyp visas.

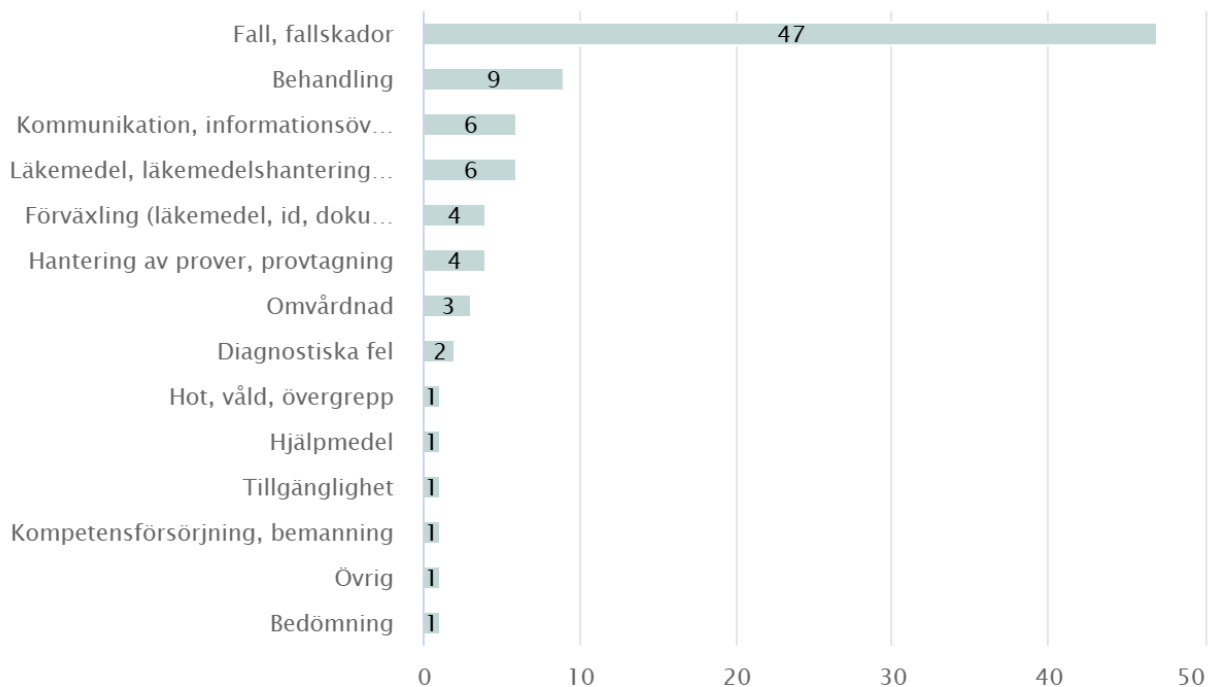


Bild 2

Av de 21 händelserna som lett till **skada/olycka** är det 14 stycken fall där patienten behövt omplåstring. Se bild ³ över fördelning område/avvikelseyp:

Avvikelseyp / Händelseyp

21 händelser. Alla 5 val av avvikelseyp visas.

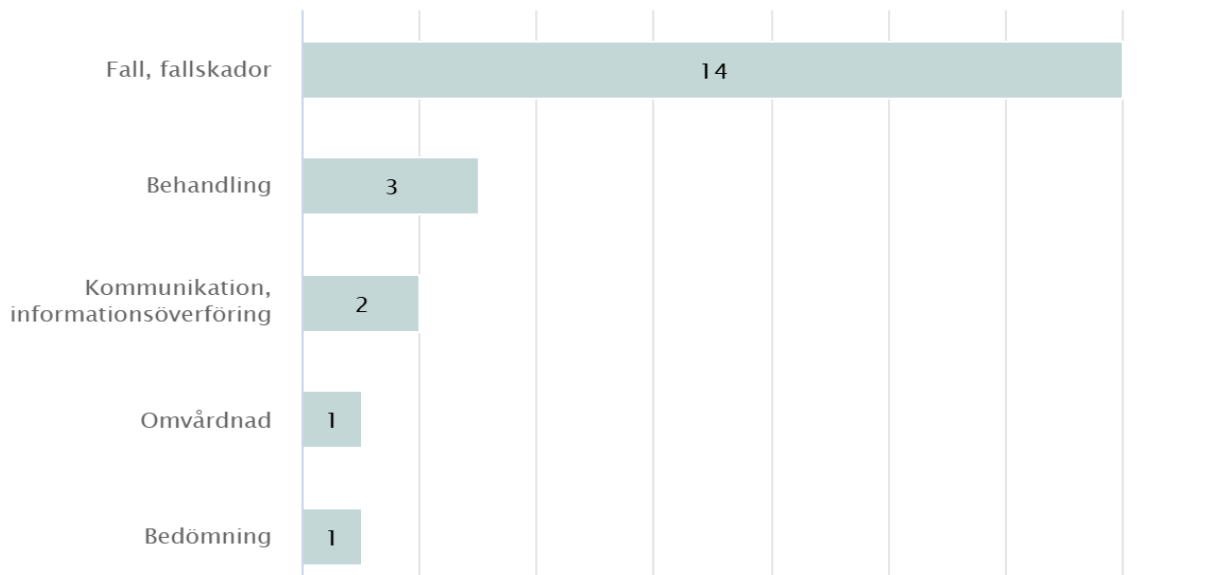


Bild 3

De 10 inrapporterade riskerna fördelas som nedan. Bild ⁴

Avvikelseyp / Händelseyp

10 händelser. Alla 6 val av avvikelseyp visas.

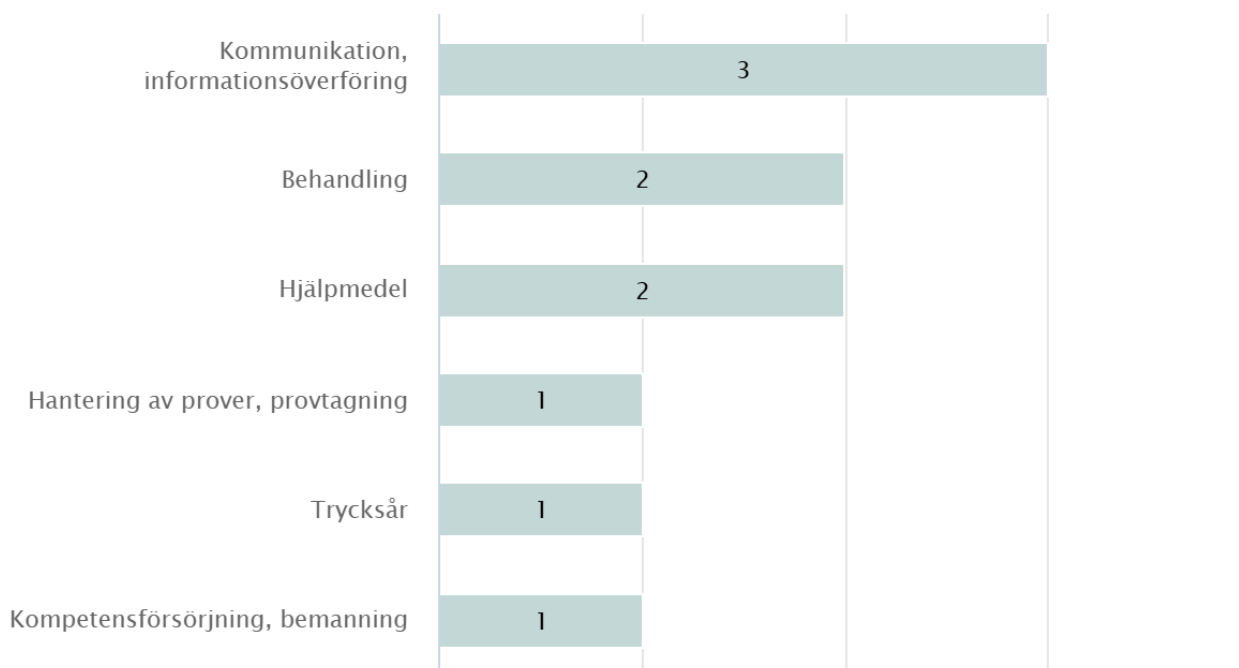


Bild 4

Inga IVO ärenden eller ärenden som gått till patientnämnden har inkommit 2025. Inga Lex Maria händelser.

Inga trycksår grad 2 –

Åtgärder som skett relaterade till inkomna händelser:

Åtgärder för att minimera fall sker enligt rutin vid inskrivning av patienter bl a görs alltid en riskbedömning enligt Downton fallriskindex. Mycket fokus, speciellt på vår neuroavdelning, har varit kring minimering av fall och diskussioner har förts i personalgruppen kring vad som ytterligare kan göras i denna fråga.

Fortsatt implementering och arbete i personalgruppen skedde också på avdelningarna efter det PM som utformades under hösten 2024 för patienternas medicinering (blodtryckssänkande läkemedel) för att minimera risken för yrsel och svimning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom IA systemet har vi regelbundet diskussioner kring avvikelser och skillnad på risk, tillbud och negativ händelse.

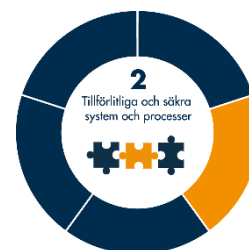
Vi har tar även upp avvikelser på APT möten för diskussion kring olika processer och arbetssätt för att minimera risk för fel/avvikelser.

Avdelningarna går årligen igenom den rehabprocess som berör den egna avdelningens diagnosområde. Detta för att säkerställa att vi arbetar enligt de rutiner och processer som vi har fastställt och se om vissa rutiner/ processer behöver uppdateras och ändras.

Kontroll sker regelbundet av nödlägesrutiner och personalen får regelbundet genomgång av bland annat brandskydd och informationssäkerhetsrutiner.

Årligen görs en självskattningskontroll av Basala hygienrutiner samt klädregler och resultatet presenteras under APT möten.

Journalgranskning har gjorts för att följa upp pågående utvecklingsåtgärder och vid behov justeras planen. Resultatet av den presenteras för den operativa styrgruppen.



Säker vård här och nu

Att ha noggranna och säkra rutiner för te x inskrivning, läkemedelshantering, delegeringar och bemanning är av största vikt för att behålla patientsäkerhet. Vi gör regelbundna kontroller av våra egna upprättade processer inom flera olika områden för att minimera risk för vårdskador.

Alla nyrekryterade får en introduktion på **minst** 3 dagar och beror på yrkesprofession, funktion och arbetsuppgifter. Har vi behov av att ta in hyrpersonal ser vi alltid till att de får minst en dags introduktion och att vi använder samma person om det blir ett återkommande uppdrag. Vi försöker minimera vårt behov av att använda inhyrd personal genom att ha en egen timvikariepool med fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor.

För att kunna fortsätta vården under ett eventuellt IT/ strömavbrott (vilket vi i dessa tider måste vara förberedda på) har vi tagit fram manuella rutiner och instruktioner så att personalen kan fortsätta verksamheten.



Riskhantering

Det görs alltid riskbedömningar vid inskrivning av patienter och vid behov startas en aktivitetsplan med åtgärder för att minimera risk för att en vårdskada ska inträffa. Riskbedömningar som görs är bland annat risk för fall, risk för undernäring, risk för trycksår.

Vi utför egenkontroller av brandskydd regelbundet enligt protokoll 1 ggr månad samt 1 ggr i kvartalet och vi har extern besiktning 1 ggr om året.

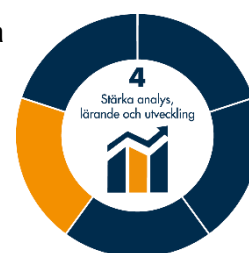
Vid förändringar där operativ styrgrupp, skyddskommitté eller annan medarbetare identifierar en risk utförs vid behov en riskanalys. Den operativa styrgruppen samt skyddskommitté har ansvar för att den utförs, besvaras samt att åtgärdslista för att hantera riskerna upprättas. Därefter presenteras den för medarbetarna.

Stärka analys, lärande och utveckling

Journalgranskning har utförts enligt plan för att följa upp och vid behov förändra pågående utvecklingsåtgärder inom området. Resultatet av den presenteras för ledningen.

Vi registrerar olika parametrar för våra neurodiagnoser i kvalitetsregistret Svereh (Svenskt register för rehabiliteringsmedicin). Detta för att underlätta utveckling och jämförelse nationellt i landet.

På deras hemsida kan man läsa "Svenskt Register för Rehabiliteringsmedicin är till för att säkra kvaliteten i rehabiliteringen av personer med förvärvade hjärnskador, ryggmärgsskador eller andra komplexa tillstånd. Data i registret kan användas för att utveckla vårdens kvalitet, jämföra resultat på olika enheter i landet och ge kunskaper om vårdprocesser och patientgruppers hälsa över tid." Vi ser det som självklart att vara med och bidra till utveckling inom neurologisk rehabilitering.



Avvikelser

Efter införande av IA systemet kan vi nu mycket lättare få ut information gällande typ av avvikelse, antal och var den hände. Sammanställning kan göras lättare och resultat redovisas regelbundet för medarbetare och ledning under året.

Klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter och anhöriga kommer till den operativa styrgruppen på olika sätt. Vanligt förekommande är direkt via personal, patientens eller den anhöriges egna noteringar på enkät eller via telefonsamtal/mail till berörda chefer.

Dessa klagomål vidarebefordras till rätt instans (t ex enhetschef, verksamhetschef) som alltid följer upp ärendet med samtal till berörda parter. Vid behov följs det även upp vid styrgruppsmöte för diskussion kring behov av förbättrade rutiner eller arbetssätt.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi har återkommande utbildningstillfällen för personalen för att stärka och kompetensutveckla inom till exempel förflyttningsteknik, hjälpmedel, neurologi, sår- och stomihantering och HLR. Personalen får tillsammans med handledare/föreläsare träna olika moment inom de olika områdena.

Vi tar sedan många år emot studenter från högskolorna och får även därigenom möjlighet att analysera och förbättra våra interna dokument och processer.



Vi har kontinuerligt skydds-, brand- och arbetsmiljöronder.

Vi har också ett par gånger om året övning enligt våra brandrutiner. Personalen får då vid ett brandlarm öva på de rutiner vi har vilket ökar kunskapen och gör att vi minimerar konsekvenserna om en brand skulle uppstå.

Mål, strategier och utmaningar för 2026

Nedan beskrivs de områden som är i fokus under 2026 samt en kort förklaring till varför vi anser att det är patientsäkerhetsrelaterat.

Individanpassade vårdtider och en god beläggningsgrad

En rätt avvägd relation mellan beläggning och vårdtid är central för säker vård.

Målet om **85 % beläggning** kopplas tydligt till att vårdtiderna måste vara medicinskt korrekta och inte påverkas negativt av beläggningstryck.

Fortsatt arbete med förbättrade processer för **tidiga inskrivningar, uppföljningssamtal** och konsekvent dokumentation i Lifecare syftar till bättre planering och minskad risk för vårdskador.

Att rätt patient går hem i rätt tid är en patientsäkerhetsåtgärd, då för kort eller för lång vårdtid båda innebär risker. Information till remittent och patient kan alltid förbättras och samtal kring förväntningar är av stor vikt när patient har kommit på plats hos oss.

Kostnadsmedvetenhet kopplat till säkerhet

Minskad inhyrning dvs fler ordinarie medarbetare ger en bättre kontinuitet för patienten, fler arbetar efter Furuhöjdens processer vilket ger en ökad patientsäkerhet.

Minskade kostnader för **vårdmaterial och läkemedel** förutsätter god kontroll och korrekt hantering – centralt för att undvika felaktiga behandlingar eller brist på kritiskt material.

Sömlöst vårderbjudande – tryggare övergångar i vårdkedjan

Övergångar mellan enheter är kända riskpunkter i patientsäkerhetsarbetet.

Att remitterter har **god kännedom om flöden** minskar risken för felaktiga remisser eller otillräcklig information.

Rotationstjänster och samarbete mellan enheter gör att gäster får rätt kompetens vid rätt tid, vilket minskar vårdrelaterade risker.

Interdisciplinärt arbetssätt – direkt kopplat till patientsäkerhet

Förfining av rehabprocesserna

Gästen i centrum är centralt och patienten ska erbjudas just den kompetens som behövs i stunden. Ansvarsfördelning ska dagligen gås igenom på morgonen mellan professioner för att minska risken för att kritiska moment faller mellan stolarna men också för att arbetsbelastningen ska vara likvärdig.

”Händerna på ryggen”-metodiken

Uppmuntrar patientens egen förmåga men kräver att personalen gör medicinskt säkra bedömningar och utbildningsinsatser för läkemedel, matintag, blodsockermätning etc – områden med kända säkerhetsrisker.

Minskad dubbeldokumentation

Målet om mer **samlad dokumentation** och minskad dubbelregistrering minskar risken för:

- felaktiga eller motstridiga uppgifter
- missade ordinationer
- otydligt ansvar

Journalgranskningar från 2025 används som patientsäkerhetsunderlag och kommer arbetas med under året.

Likriktad information & delaktighet

Likvärdig information till alla gäster minskar risken för missförstånd kring behandling, uppföljning och egenvård.

Patientdelaktighet är en viktig faktor för säkerhet, särskilt efter utskrivning.

Träning på helger – kontinuitet och minskade risker

Att gäster erbjuds mer träning även på helger minskar risken för försämrat funktionstillstånd eller komplikationer vid längre uppehåll.

En attraktiv arbetsgivare – arbetsmiljö kopplad till säker vård

God arbetsmiljö är en förutsättning för säker vård.

Fokus på **psykologisk trygghet**, **återhämtning** och **friskvård** bidrar till att minska risken för misstag kopplade till stress och hög belastning.

Tydligare rutiner för återkoppling och lärande stärker organisationens förmåga att hantera avvikelser och ha möjlighet att arbeta med förbättringar.

Digital utveckling – säkrare informationshantering

Digitala system och kompetens påverkar direkt både kvalitet och säkerhet.

Införandet av **Hailey** (HR-system) ska förenkla administrativa processer, vilket minskar risken för bemanningsrelaterade brister.

Förbättrad intern IT-kompetens syftar till att personalen ska hitta riktlinjer, rutiner och dokument – en central del av patientsäkerhet.

Ökad svarsfrekvens på digitala enkäter från patienterna möjliggör snabbare uppföljning av avvikelser och patientsäkerhetsrisker.