Internkontrollplan Omsorgsförvaltningen

Uppföljning delår 2026

Innehåll

Uppföljning Internkontrollplan, delår 2026 3
Inledning 3
Frisknärvaro: 4
Informationssäkerhet: 5
Budget i balans: 6
Rättssäker handläggning: 7
Antal överklagade beslut 7
Ej verkställda beslut 7
Överskriden handläggningstid 7
Vårddygn på sjukhuset 7
Uppföljningar av beslut 1 g/år antalet individer 8
Basala hygienrutiner: 9
Patientsäkerhet: 10
Avvikelser fall 10
Avvikelser läkemedel: 11
Genomförandeplaner: 13
Personalkontinuitet: 15
Bilaga Internkontrollplan 16
Bilaga Uppföljning Internkontrollplan 18

Uppföljning Internkontrollplan, delår 2026

Inledning

En internkontrollplan ska upprättas av varje nämnd enligt internkontrollreglementet. Lokala riktlinjer och rutiner ska utformas för att säkerställa att kommunens nämnder upprätthåller tillräcklig intern kontroll för att bedriva en kvalitativ och kostnadseffektiv verksamhet av hög kvalitet som lever upp till givna uppdrag och satta mål.

Omsorgsnämnden ska årligen i samband med delårsbokslut och bokslut, rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen för omsorgsnämnden till kommunstyrelsen och revisionen.

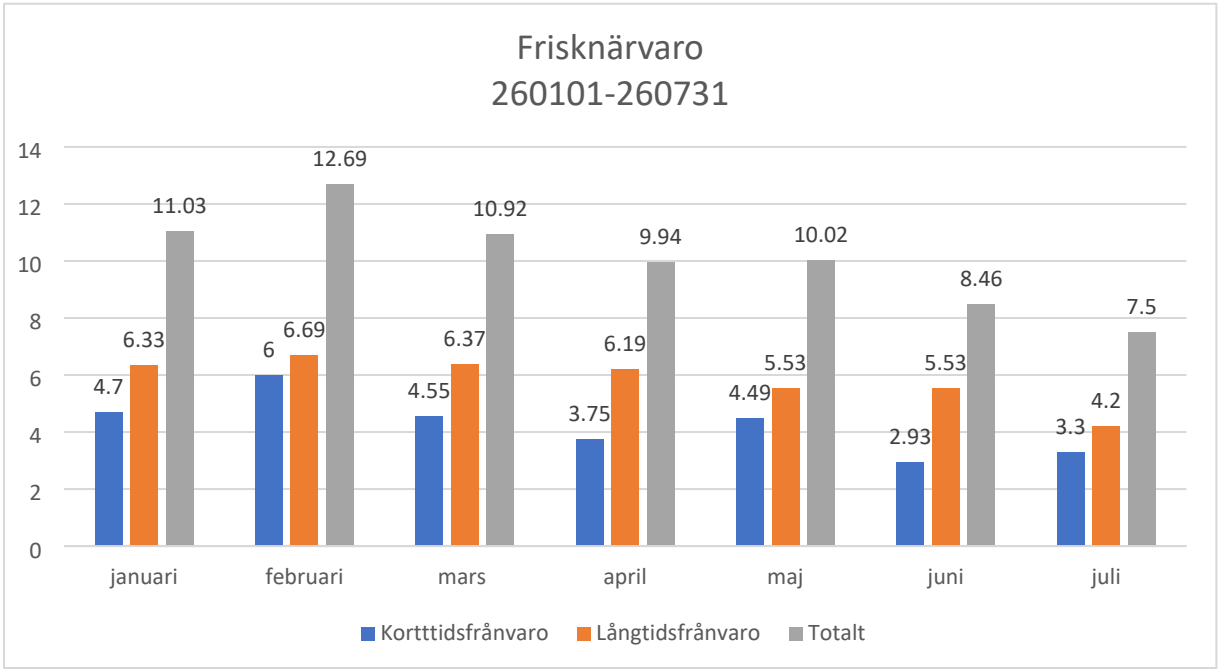
Reviderad internkontrollplan antogs av Omsorgsnämnden 2026-03-25. Nya rutiner/processer är följande: Frisknärvaro, Informationssäkerhet, Budget i balans, Patientsäkerhet och Personalkontinuitet. Rutiner/processer som sedan tidigare kvarstår för uppföljning är Rättssäker handläggning, Genomförandeplaner och Basala Hygienrutiner.

Frisknärvaro:

Korttidsfrånvaro innebär akuta bemanningsproblem som kräver omedelbar omplanering vilket skapar negativ dominoeffekt: Den direkta konsekvensen är nästan alltid ökade kostnader för vikarier, en högre press på kvarvarande personal, samt en risk för försämrad kvalitet då nivån på patientsäkerhet sjunker eftersom ordinarie personal är frånvarande.

Under perioden har ny rutin för hantering av korttidsfrånvaro tagits fram och används inom samtliga verksamheter. Rutinen syftar till att vägleda chefer i uppföljning av korttidsfrånvaro utifrån struktur och respekt för individen men tydliggör också skyldighet och rättighet i ansvarsfördelning mellan medarbetare och chef. Rutinen beskriver de olika stegen, från sjukdoms första dag till upprepade frånvarotillfällen, med konkreta verktyg för att kartlägga vilken typ av stöd som behövs för att generera en ökad frisknärvaro. Rutinen genomsyras av att möta frånvaro med lyhördhet och omtanke där skillnad sker genom att våga fråga, lyssna och följa upp, och har sitt avstamp i kommunens Friskfaktorer. Detta syns extra tydligt i steget ”Omtankessamtal” som sker efter fyra frånvarotillfällen under rullande 12-månadersperiod. I Omtankessamtalet ställs mjuka, öppna frågor där frånvarotillfällen och dess anledningar gås igenom för att därefter avslutas med upprättande av handlingsplan där eventuella åtgärder, tidsplan och ansvarsfördelning tydligt framgår.

Utöver ny rutin finns fortfarande möjlighet att utfärda förstadagsintyg samt upprätta rehabiliteringsutredning i samverkan med HR och företagshälsovård.



Det kommunövergripande måltalet för Frisknärvaro är 94,5%: under perioden 26-01-01—07-31 har Omsorgsförvaltningen en total Frisknärvaro på 90,07% varav korttidsfrånvaro är 4,01% och långtidsfrånvaro 5,92%.

Informationssäkerhet:

Informationssäkerhet inom vård och omsorg handlar om att skydda enskildas integritet och patientsäkerhet. För Omsorgsförvaltningen innebär det att säkerställa att känsliga uppgifter inte läcker ut, men också att rätt information alltid finns tillgänglig för rätt personal i rätt tid.

Under perioden har ny Personuppgiftssamordnare tillsatts vilken initialt kommer arbeta 50% i uppdraget.

Rutin för loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva har under våren reviderats och syftar till att säkerställa arbetssätt som upprätthåller en hög nivå av informationssäkerhet och kvalitet i verksamheten genom systematiska loggkontroller. Rutinen ska bidra till att skapa förtroende hos patienter, omsorgstagare/brukare, och medarbetare genom att säkerställa att personuppgifter hanteras korrekt, säkert och i enlighet med gällande regelverk.

Varje månad ska ett antal användare (ca 10 %) inom omsorgsförvaltningens verksamheter slumpmässigt väljas ut för loggkontroll. Varje användare, oavsett profession, bör således kunna bli granskad minst en gång per år. Användaren granskas under en 24-timmarsperiod genom att all åtkomst till kunduppgifter visas upp i loggkontrollen. Utöver systematisk kontroll ska också granskning ske vid misstanke om att informationsinhämtning uteblivit trots behov, obehörig åtkomst till information eller om det finns skäl att granska loggen för en viss omsorgstagare/brukare som till exempel är en offentlig person, eller att en omsorgstagare/brukare är involverad i en händelse som kan bli massmedialt uppmärksammad.

Systematiska loggkontroller sker från och med juli månad.

Budget i balans:

Omsorgsförvaltningen har en ansträngd ekonomi och man kan också se att intäkter som statsbidrag krymper i antal och värde för varje år. Samtidigt sker den demografiutmaning vi talat om under lång tid med följd allt fler äldre med mer komplexa vård och omsorgsbehov.

För en säkerställa en budget i balans togs handlingsplan fram under tidig vår. Handlingsplanen beskriver arbetssätt, tidpunkter för uppföljning och konsekvenser utifrån resultat. Syftet med handlingsplanen var att klargöra vikten av ett helhetsperspektiv och att samarbete mellan enheterna är grundläggande för att klara uppgiften.

För att nå Budget i balans finns även ett tydligt fokus kring:

- Minska sjukfrånvaro
- Hålla beslutad grundbemanning
- Omedelbar hantering av negativ budgetavvikelse
- Smart resursanvändning

Resultaten följs regelbundet upp genom systematiska uppföljningar mellan enhetschef och förvaltningschef. I uppföljningarna läggs särskild vikt vid konteringarna palliativa vak, orosvak och dubbelbemanning då områdena snabbt riskerar att innebära stora kostnader utöver budget. Viktigt att korrekta konteringar i verksamhetssystem används för spårbarhet rörande kostnader. Detta har ej efterföljts fullt ut under perioden varför det är svårt att uppskatta faktisk kostnad.

I uppföljningarna redovisas även personaltäthet utifrån beslutad nivå (säbo).

Ny rutin för hur extrabemanning ska hanteras är nu etablerad: i högst 2 veckor kan enhetschef besluta om ökad bemanning, därefter upprättas handlingsplan för förvaltningschef att ta beslut om eventuell förlängning utifrån, om ytterligare max 14 dagar. Finns inte möjlighet att därefter återgå till grundbemanning behöver behovet anmälas till nämnd som beslutar.

Utöver handlingsplan för Budget i balans skapades även en uppdragslista med tydliga åtgärder, ansvarsfördelning och datum för uppföljning.

Rättssäker handläggning:

Kontrollerad period: 2026-01-01—06-30

Antal överklagade beslut

- 3 SOL särskilt boende – 1 fel och 2 rätt
- 2 LSS – personlig assistans – avvaktar svar från Förvaltningsrätten

Ej verkställda beslut

- 4

Samtliga rör särskilt boende och beror på platsbrist eller att den enskilde valt att tacka nej till erbjuden plats då man hellre önskat plats på annat boende.

Överskriden handläggningstid

- 10 beslut LSS
- 6 SOL beslut särskilt boende

Att fastställda handläggningstider (>4 v beslut oih, >8 v beslut särskilt boende, >12 v beslut LSS stöd och service, boende) överskridits beror främst på att man inväntat olika intyg/beslutsunderlag för att kunna gå vidare och fatta beslut i ärendet.

I vissa fall har man inväntat utvärdering av insatser i hemmet, om dessa fungerar (exempelvis omsorg i hemmet efter korttidsboende; där man gjort ansökan om särskilt boende på korttiden), eller på grund av hög arbetsbelastning och då främst inom LSS.

I något ärende varit svårt att få till en tid där samtliga berörda kan för hembesök.

Vårddygn på sjukhuset

Sedan implementering av nytt arbetssätt där vi har en socialsekreterare med huvudansvar för vårdplaneringar ser vi att vi har möjlighet att få hem våra vårdtagare snabbare jämfört med tidigare: 2 personer har varit kvar på sjukhuset längre än tre dygn: 1 person 4 dygn och 1 person 7 dygn.

Dygnen har ej genererat något betalningsansvar enligt nuvarande ekonomisk modell där man gör en genomsnittsberäkning och de flesta av patienterna från Hylte kommun går hem dag 1.

Uppföljningar av beslut 1 g/år antalet individer

För äldreomsorgen under perioden 2026-01-01 – 2026-06-30 har 184 individer fått ett eller flera beslut uppföljda. Anledning till uppföljningar av beslut är att beslutet gått ut eller att behovet förändrats.

Under samma period har 32 individer inom LSS och socialpsykiatri fått sina beslut uppföljda eller omprövande. Främsta anledningen till uppföljning eller omprövning beror på förändrat behov.

På sammanställning över beslut som gått ut i tid och därför ska följas upp har antalet sedan maj månad till och med augusti minskat i antal från 282 till 205 (ej enskilda individer).

Basala hygienrutiner:

Socialstyrelsen beslutar och utfärdar de bindande föreskrifterna om basala hygienrutiner. Den grundläggande lagen kommer från patientsäkerhetslagen, medan det är vårdgivaren som har det yttersta ansvaret för att personalen faktiskt följer dessa regler i den dagliga verksamheten.

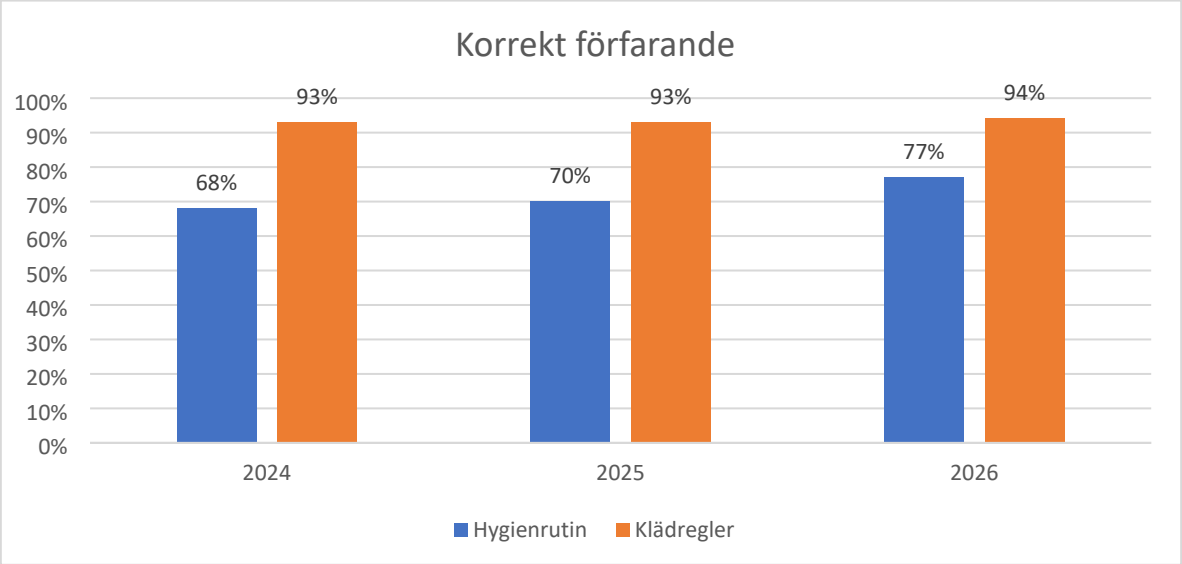
Kontroll av efterlevnad görs två gånger per år genom observationer utförda av särskilt utvalda hygienombud på enheterna. Hygienombuden har också i sin uppdragsbeskrivning att visa vägen för sina kollegor genom föredömligt exempel samt utbilda genom att löpande visa, korrigera och förklara korrekt förfarande för kollegor.

Målet för mätningarna är 100% och omfattar:

- Handhygien
- Arbetskläder
- Skyddskläder
- Skyddshandskar

Årets första mätning är genomförd inom äldreomsorgen: dag och natt, undantaget 4 enheter, samt boenden inom LSS. Mätningar med korrekt efterlevnad av hygienrutiner resulterar i 77% och andelen mätningar med korrekt efterlevnad av klädregler 93,5%.

Andel korrekta mätningar av hygienrutiner blir sakta högre medans efterlevnad av klädregler ligger ganska konstant.



Under första delen av året har spontana kontroller av handhygien skett i samtliga enheter genom *Handcheck vision box.* Verktyget använder blått ljus för att identifiera osynlig smuts och grogrund för överföring av smittor. Enhetschefer ansvarar för kontrollerna som enligt schema utförs på annan enhet än sin egna, och syftar till att synliggöra eventuella brister i handhygien för den som berörs. Rapporten används sedan som ett diskussionsunderlag på enheten, och riktade utbildningsinsatser kan ske utifrån behov.

Patientsäkerhet:

Patientsäkerhet följs upp i utredning av avvikelser varav de mest betydande kategoriseras som:

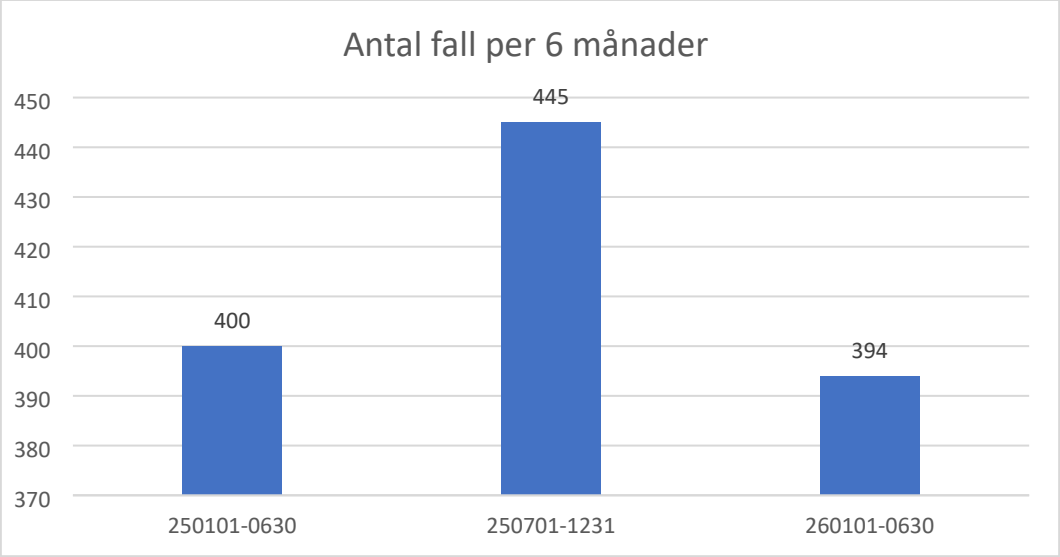
- Lex Maria (Lagrum HSL)
- Lex Sarah (Lagrum SoL)
- Avvikelser Fall
- Avvikelser Läkemedel

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat och en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av *allvarlig vårdskada* enligt patientsäkerhetslagen. Under våren har inga avvikelser utretts enligt Lex Maria.

Om ett missförhållande är allvarligt eller det finns risk för ett *allvarligt missförhållande* inom socialtjänsten, ska verksamhetsansvarig anmäla det till Ivo. Under årets första del har 2 avvikelse utretts enligt Lex Sarah, men ingen av de båda har bedömts som allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande, och har således inte anmälts vidare till Ivo.

Avvikelser fall

Mellan 2026-01-01--0630 har 394 st fall registrerats.



Antalet fall är ganska likt jämfört med samma period föregående år (400 st), eller jämfört med perioden 2025-07-01—12-31 (445 st).

Senior alert

Under 2025 inleddes utbildningsinsatser på några enheter inom området Senior Alert. Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för förebyggande vård och omsorg. Verktyget hjälper personal att riskbedöma äldre patienter inom fem områden: fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Under 2026 har ytterligare utbildningsinsatser skett och ansvaret för att utföra samt registrera i systemet har förflyttats ut på enheterna. Målet är att upptäcka risker tidigt, sätta in åtgärder och följa upp resultaten. När personal är utbildad inom fallförebyggande är förhoppningen att vardagliga riskmoment uppmärksammas: enkla åtgärder som att rulla ihop en hal matta, en ommöblering som gör det lättare att ta sig fram eller en smörgås på sängkanten för att bryta en lång nattfasta innan uppstigandet kan göra stor skillnad.

Upprättat antal Senior Alert i Kvalitetsregistret under årets första 6 månader är 49 st vilket motsvarar 19,76% .

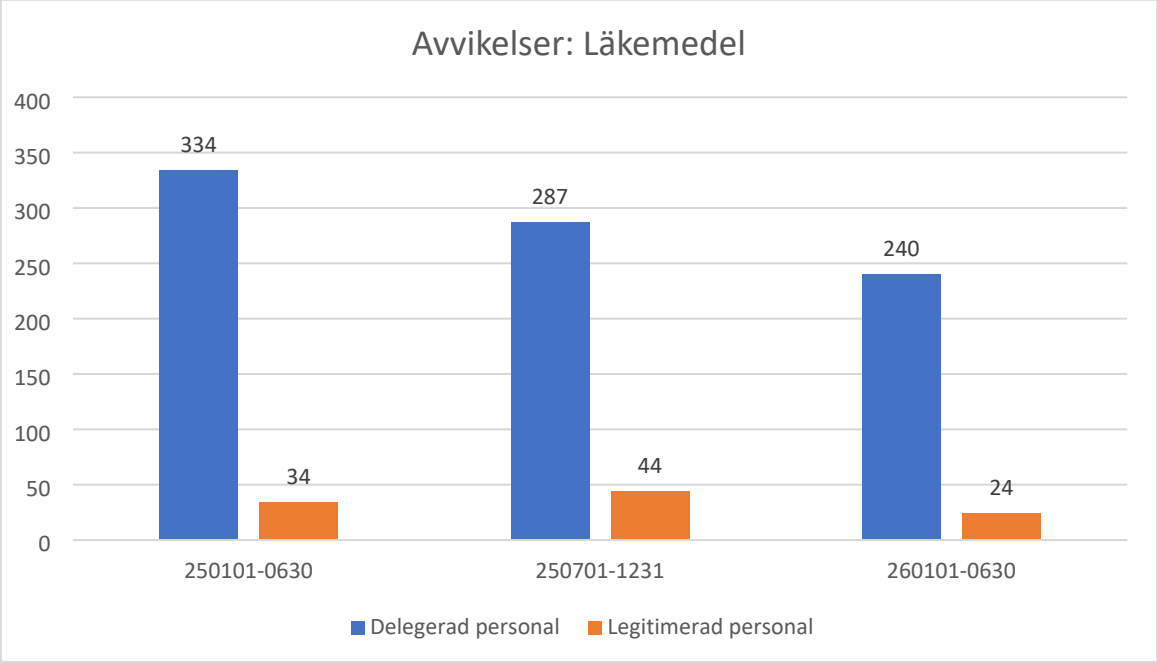
Det totala antalet fall på individnivå under en begränsad period styrs uteslutande av individens hälsotillstånd, vilket innebär att det förebyggande arbetet bara är en av flera delar för att förhindra fall. Vissa individer, både inom ordinärt och särskilt boende, är mer benägna att falla än andra, och här används individuella handlingsplaner som en del av det förebyggande arbetet.

I avvikelser och handlingsplaner som rör fall sker samverkan mellan enhetschef, MAR och fysio- eller arbetsterapeuter samt undersköterskor.

Avvikelser läkemedel:

Avvikelsebedömning inom läkemedelshantering innebär att identifiera, rapportera och analysera avvikelser för att förbättra patientsäkerheten och förebygga vårdskador.

Avvikelserna delas upp i två kategorier, läkemedel hanterade av delegerad personal samt läkemedel hanterad av legitimerad personal.



Under våren har en ny funktion i APPVA som är systemet för att hantera läkemedel lanserats. Funktionen innebär en tvingande kontrollräkning i samband med givning av narkotikaklassade läkemedel. Rutinen har alltid varit att kontrollräkning ska ske i samband med uttag men instruktionen har tidigare upplevts av några som otydlig. Den nya funktionen har därför varit en viktig del i förbättrat resultat.

Inför 2026 implementerades ett nytt delegeringsförfarande. Det nya förfarandet ställer högre krav på medarbetarens kompetens vilket kommer garantera en högre säkerhet i hantering av läkemedel. Redan nu ser vi att även erfarna medarbetare som haft medicindelegering under flera år får svårighet att klara prov för att förnya sin delegering: Förfarandet kommer därför troligen innebära att vi på sikt kommer ha betydligt färre medarbetare som är medicindelegerade, vilket i sin tur kommer kräva förändrade arbetssätt kring planering och utförande av insatser.

Genomförandeplaner:

Enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) är varje brukare eller omsorgstagare berättigad en Genomförandeplan vid beviljat stöd. Den ska skyndsamt upprättas av fast omsorgskontakt i samråd med brukaren/omsorgstagaren, och ska beskriva *hur* insatser ska utföras i praktiken för att tillgodose behov och mål. Genomförandeplanen är personcentrerad och syftar också till att personal arbetar likt vilket innebär trygghet och förutsägbarhet för den enskilde.

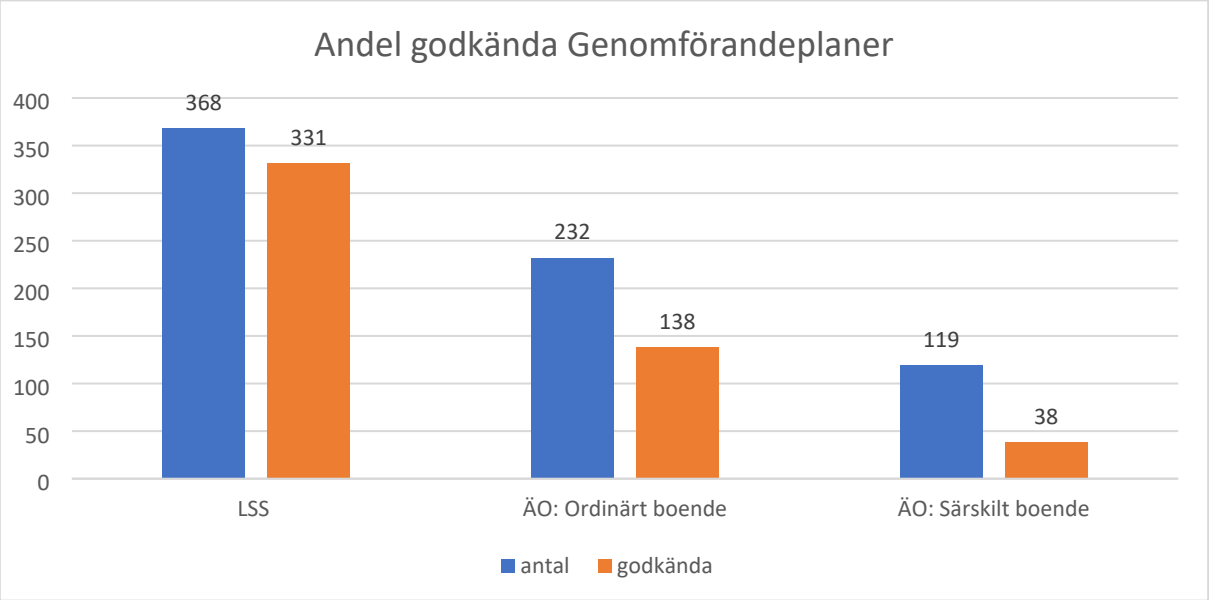
För att en genomförandeplan ska vara godkänns krävs att den vid granskning:

- Är reviderad de senaste sex månaderna
- Är upprättad och skrivskyddad
- Individens delaktighet ska framgå
- Innehåller en namngiven fast omsorgskontakt

Vid årets första granskning har totalt 59,1% av förvaltningens brukare eller omsorgstagare en godkänd genomförandeplan.

De olika verksamheterna arbetar på olika sätt med genomförandeplaner: Inom äldreomsorgen är 50,1 % godkända, fördelat på ordinärt boende (59,5%) och särskilt boende (31,9%). Vissa enheter har ej arbetat med att upprätta planer.

Inom Lss har 81,1% av brukarna godkända genomförandeplaner. Inom LSS är innehållet i planerna generellt mer informativt och används också mer aktivt av medarbetarna.



Under senare del av våren lanserades Treserva App vilken möjliggör att både läsa genomförandeplan ”ute på fältet” samt föra dagateckningar utanför kontoret, i samband med utförande av insatser. Förhoppning är att appen ska förbättra arbetsmiljön då bland annat stress över att glömma förmedla viktig information kan undvikas men också vara en del av upplevd kvalitetshöjning för brukare och omsorgstagare då appen gör det enkelt för

medarbetaren att vara uppdaterad enligt genomförandeplan samt föra anteckningar i realtid.

På sikt kan appens innehåll också innebära en möjlig rensning av ”besöksinformation” som idag syns i planeringsverktyget TES. Besöksinformationen är lättillgänglig och misstänks ha ersatt genomförandeplan främst inom ordinärt boende. När besöksinformationen istället läggs in i genomförandeplanen kommer den fungera som det verktyg den alltid varit tänkt som. Målet med arbetet är att öka antalet godkända planer, kvalitet i innehåll och användandet av dem drastiskt.

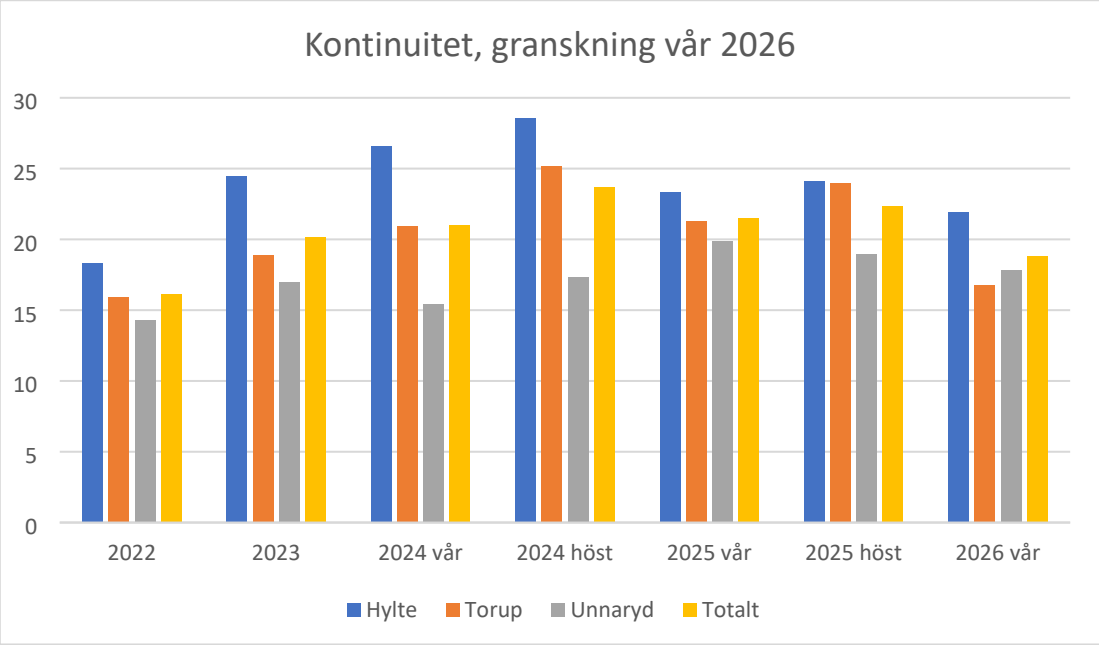
Personalkontinuitet:

En god personalkontinuitet inom hemtjänsten innebär att samma och så få personer som möjligt utför hjälpen hemma hos den enskilde. Det är en viktig kvalitetsfaktor för att skapa en trygg och förutsägbar vardag då en grundpelare inom omsorg, stöd och service är att kunna känna trygghet och tillit. När personalen känner omsorgstagaren väl upptäcker de lättare och snabbare förändringar i hälsotillståndet. Forskning visar också att det blir lättare för den äldre att själv bestämma över sin vardag när stödet ges av någon som förstår ens vanor och rutiner.

Granskning sker vår och höst och mäter hur många olika vårdgivare en vårdtagare träffar under en given tidsperiod (14 dagar, mellan kl 07-22). Hög personalkontinuitet innebär att den äldre under mätperioden möter ett lågt antal (så få som möjligt) unika vårdgivare. Målet är att en omsorgstagare möter som mest 16 olika vårdgivare under mätperioden. Värt att nämna är att i Hylte kommun räknas vid dubbelbemanning båda vårdgivarna, till skillnad mot många andra (till exempel flera närliggande) kommuner som endast räknar den ena. För att kunna applicera detta sätt att räkna krävs ett förändrat arbetssätt där det blir tydligt för omsorgstagaren vilken person som är vårdgivare och vilken som endast bistår med stöd vid till exempel förflyttningsmoment som kräver dubbelbemanning.

Enhetschef med ansvar för planerare inom ordinärt boende har i uppdrag att ta fram förslag på förändrade arbetssätt för att säkra en högre kontinuitet. Åtgärder hittills har varit att implementera fasta rutter där fast omsorgskontakt ofta är den som utför besök samt förlänga dagpass till klockan 22, vilket innebär att nattpersonal i de flesta fall inte längre utför sena kvällsbesöket. Full effekt bör synas under senare del av året.

Vårens granskning visar att en omsorgstagare möter i snitt 18,85 vårdgivare under en fjortondagarsperiod vilket är det bästa resultatet sedan 2022. Variationer mellan de olika enheterna förekommer.



Internkontrollplan

Nämnd/enhet: Omsorgsnämnden **Avser SoL, LSS och HSL**
År: 2026

ID	Rutin/process	Kontrollmoment	Risk-värde	Kontrollansvar	Kontrollmetod	Acceptabel avvikelse	Frekvens	Rapport till
1	**Frisknärvaro** Mål <95%	• Sammantagen frisknärvaro	4	Enhetschef	Statistikuppföljning: Sammanställning av registrerad frånvaro på enheterna	0	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
2	**Informationssäkerhet**	• Behörighet	5	Enhetschef	Loggkontroll: Systematiska stickkontroller vid 10 tillfällen /år för att täcka all personal	0	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
3	**Budget i balans**	• Palliativa vak • Orosvak • Dubbelbemanning • Personaltäthet	4	Enhetschef Förvaltningschef	Budgetuppföljning: Avstämning mellan Fc och Ec 6 ggr/år	0	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
4	**Rättssäker handläggning** Mäts i antal	• Överklagade beslut • Ej verkställda beslut • Överskridande handläggningstid • Vårdtillfällen med betalningsansvar • Uppföljning av beslut 1 ggr år	4	Enhetschef Förvaltningschef	Statistikuppföljning: Sammanställning av registrerad information ur verksamhetssystemet	Lägesrapport	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden

5	**Basala Hygienrutiner** Mål 100%	• Andel mätningar med korrekt efterlevnad av hygienrutiner • Andel mätningar med korrekt efterlevnad av klädregler	**4**	Enhetschef MAS	• Vårdhygienmätning • Löpande stickkontroller	0	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
6	**Patientsäkerhet**	• Lex Maria • Lex Sarah • Avvikelser fall • Avvikelser Läkemedel	**4**	Enhetschef MAS/MAR/PAS/ Kvalitetsutvecklare	• Analys av avvikelser • Systematisk riskbedömning av avvikelsetyper • Handlingsplaner • Läkemedelsgenomgång	Lägesrapport	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
7	**Genomförandeplaner**	Enligt lagkrav ska alla med beviljade insatser, utifrån delaktighet och inflytande ha en upprättad plan som beskriver genomförandet	**3**	Enhetschef Kvalitetsutvecklare	Kontroll av enheter i verksamhetssystemet utifrån: • Reviderad de senaste sex månaderna • Upprättad = skrivskyddad • Individens delaktighet ska framgå • Namngiven fast omsorgskontakt	0	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden
8	**Personalkontinuitet** Mål >16	Antal personal som hemtjänsttagare möter under 14 dagar (medelvärde)	**3**	Enhetschef Kvalitetsutvecklare	• Kontroller av enheter i verksamhetssystemet • Arbetsgrupp med uppdrag att ta fram åtgärder • Ny metod för kontrollräkning	>17 (4 kvartalet)	2 ggr/år	Förvaltningschef Omsorgsnämnden

Uppföljning internkontrollplan

Nämnd/enhet: Omsorgsnämnden **Avser SoL, LSS och HSL**
År: 2026: delår

ID	Rutin/process	Kontrollmoment	Risk-värde	Acceptabel avvikelse	Konstaterad avvikelse	Förslag på åtgärder	Status	Återredovisas
1	**Frisknärvaro** Mål <94,5%	Sammantagen frisknärvaro	4	0	(resultat: 90,07%) - 4,43%	Avvakta resultat av ny rutin (Hantering av Korttidsfrånvaro)	Pågående	2026-12-31
2	**Informationssäkerhet**	Kontroll av behörighet	**5**	0	Systematisk kontroll med start 2607	Avvakta resultat av uppdaterad rutin (Loggkontroller)	Pågående	2026-12-31
3	**Budget i balans:** • Palliativa vak • Orosvak • Dubbelbemanning • Personaltäthet	Avstämning mellan Fc och Ec 6 ggr/år	**4**	0	Beslutade konteringar efterföljes ej	• Avvakta resultat av ny rutin (Extraförstärkning). • Korrekta konteringar i verksamhetssystemet.	Pågående	2026-12-31
4	**Rättssäker handläggning:** • A: Överklagade beslut • B: Ej verkställda beslut • C: Överskridande handläggningstid • D: Vårdtillfällen med betalningsansvar • E: Uppföljning av beslut 1 ggr /år	Sammanställning av registrerad information ur verksamhetssystemet	**4**	Lägesrapport	A: 5st varav 2 rätt, 1 fel, 2 avvaktar svar B:4 C: 16 D: 0 E: löpande	• Avvakta resultat av nytt arbetssätt (Handläggare med ansvar för vårdplaneringar) • Avvakta resultat av tillfällig utökning inom enheten	Pågående	2026-12-31
5	**Basala Hygienrutiner**: Mål: 100%	• Vårdhygienmätning • Löpande stickkontroller	**4**	0	A: (resultat: 77%) - 23%	Revidera utbildning tillsammans med facklig part	Planeras	2026-12-31

	A: Andel mätningar med korrekt efterlevnad av hygienrutiner B: Andel mätningar med korrekt efterlevnad av klädregler				B: (resultat: 93,5%) -6,5%			
6	**Patientsäkerhet** • Lex Maria • Lex Sarah • Avvikelser fall • Avvikelser Läkemedel	• Analys av avvikelser • Systematisk riskbedömning av avvikelsetyper • Handlingsplaner • Läkemedelsgenomgång	**4**	Lägesrapport		• Kompetensutveckling: Kompetensutveckling: Stjärnmärkt • Kompetensutveckling: Tvångs-, begränsningsåtgärder • Förebyggande insatser • Avvakta resultat av nytt delegeringsförfarande	Pågående/ planeras	Löpande
7	**Genomförandeplaner** Mål: 100%	Kontroll av enheter i verksamhetssystemet utifrån: • Reviderad de senaste sex månaderna • Upprättad = skrivskyddad • Individens delaktighet ska framgå • Namngiven fast omsorgskontakt	**3**	0	(resultat: 59,1%) -31,9	• Ersätta ”besöksinformation” i TES med genomförandeplan i Treserva-App	Pågående	2026-12-31
8	**Personalkontinuitet** Mål >16	Kontroller av enheter i verksamhetssystemet	**3**	>17 (4 kvartalet)	(18,85) - 1,85	Avvakta resultat av nytt arbetssätt (Kontinuitetsplanering)	Pågående	2026-12-31