



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet

2016-03-30

Lena Holm, verksamhetschef

Anna Jung Enhetschef HSL

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Under året har ett omfattande kvalitetsarbetet bedrivits gällande Erstas diakonis ledningssystem, upprättande av processer med kopplade rutiner och utvärdering av egenkontroller som initierade förra året. Nya rutiner har skapats, befintliga rutiner har omarbetats och reviderats.

Genom riskanalyser har risker för vårdskador identifierats och hanterats. Riskbedömningar för fall, undernäring, sår och munhälsa har utförts. Där risker identifierats har omvårdnadsplaner upprättats. Boende har erbjudits Läkemedelsgenomgång och Munhälsovårdsbedömning. Registrering av vårdrelaterade infektioner har förts varje månad och ingen smittspridning har rapporterats.

Ett Egenkontrollprogram med checklistor har följts vilket innefattar t ex Granskning av social respektive hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, Registrering i Senior Alert och Palliativa registret, läkemedels hantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut, hygienrond, följsamhet av basala hygienrutiner, infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, mätning av nattfasta, medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt förskrift.

Vårdplaneringsmöten har genomförts tillsammans med boende, samt närstående om boende så önskat. Närvarande yrkeskategorier vid dessa möten har varierat beroende på behovet. Planeringen har utgått från den boendes behov, förutsättningar och önskemål.

I dialog med representerande från Linnégården har forum skapats för att boende/närstående lättare ska kunna framföra bland annat önskemål och förbättringsförslag på vården och aktiviteter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser.

Representanter från olika professioner har träffats regelbundet för genomgång av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter. Återrapportering till övrig personal har skett på Arbetsplatsträffar.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

En trygg och säker hälso- och sjukvård

Minska andelen vårdskador och vårdlidande

Strategi

- *Rekrytering av nya sjuksköterskor för att säkerställa bemanning*
- *Arbeta för att all personal har tillräcklig kompetens.*
- *Säker läkemedelshantering genom att utvärdera och följa rutiner gällande detta*
- *Ingå i kvalitetsregister: Palliativa registret och Senior Alert, Infektionsregistrering*
- *Uppdatera och gå igenom rutiner för läkemedelshantering*
- *Alla riskpatienter ska ha en vårdplan upprättad av legitimerad personal och riskbedömas enligt:*
- *Riskbedömning mun och tandhälsa ROAG*
- *Riskbedömning fall DOWNTON*
- *Riskbedömning malnutrition MNA*
- *Riskbedömning trycksår NORTON*
- *Riskbedömning enligt NICOLA*
- *Att all personal känner till riktlinjer och rutinerna för risker och avvikelshantering.*
- *Att verksamheten tar till vara inkomna synpunkter och klagomål från boende och närstående*
- *Att uppkomna risker och avvikelser bedöms och analyseras regelbundet samt att återkoppling sker till personalen.*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

***Ersta diakonis styrelse** har det övergripande ansvaret för all verksamhet.*

***Direktorn** har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.*

***Kvalitets samordnare** har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efter levnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.*

***Äldreomsorgschefen** ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.*

***Verksamhetschef** säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.*

***Ersta diakonis MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)** ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS har det övergripande kvalitetsansvaret för hälso- och sjukvården.*

***Enhetschef** ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras inom det egna ansvarsområdet.*

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning vid inflyttning och förändring av bendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger. Sjuksköterskorna registrerar i palliativa registret, senior alert och vårdrelaterade infektioner.

Samtliga medarbetare ansvarar för att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

Uppföljning av mål och strategier enligt föreslagna förbättringar från föregående års Patientsäkerhetsberättelse, Öppna jämförelser och Nationella studier, Egenkontroller, Kvalitets- och avtalsuppföljning av Östermalmsstadsdelsförvaltnings MAS samt Ersta Diakonis MAS.

Processerna; Inflyttning, Dygnetns insatser, Avslut och utflytt har identifierats och ligger till grund för kvalitetsarbetet i verksamheten. Arbetet med processerna och rutinerna är ständigt pågående. Utifrån resultaten förbättrar vi processbeskrivningarna och rutinerna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier. Text nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Läkemedelshantering.

Extern granskning av läkemedelshanteringen har gjorts av Erstas MAS samt Apoteket. Förbättringsförslagen har sammanställts och rutinerna har reviderats.

Läkemedelsgenomgång har genomförts för boende. Då Linnegården fick en ny läkarorganisation har arbetet i oktober 2015 börjat med att gå igenom samtliga boende. Detta arbete kommer fortsätta under 2016 tillsammans med patientansvarig läkare och sjuksköterska.

Vårdrelaterade infektioner har registrerats och rapporteras månadsvis till MAS. Någon smittspridning har inte skett.

*All vårdpersonal har fått möjlighet att genomföra **E-utbildning i Basala hygienrutiner** och genom förbättringsprojekt som genomförts under året har aktiv handledning i följsamhet av dessa rutiner kunnat tillämpas.*

*Under året har revidering och uppdatering skett av **Rutiner för Hälso- och sjukvården**.*

Inkomna avvikelser har analyserats regelbundet av representanter för olika professioner.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation har skett via stickprovskontroll 1 gång per termin, utförs av enhetschef HSL och Ersta MAS genom granskningsmall och 8 st slumpmässigt utvalda journaler. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdel genom samverkans möte och årlig uppföljning. Det redovisas till verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut på HSL möte.

Registrering i Palliativa registret kontrolleras genom stickprov av verksamhetschef 2 gånger per år. I samband med stickprovskontrollen jämförs verksamhetens resultat med övriga medverkande verksamheters resultat.

Läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut 1 gång per år. Resultatet kommuniceras till ansvariga chefer samt sjuksköterskor och MAS

Hygienrond genomförs 1 gång per år, resultatet kommuniceras på Hygienrådet, arbetsplatsträff och till verksamhetens ledning.

Följsamhet av basala hygienrutiner utförs dagligen av hygienombud, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt chefer. Resultatet kommuniceras fortlöpande på arbetsplatsträff, planmöte samt till ansvariga chefer.

Registrering förs över Vårdrelaterade infektioner varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, resultatet kommuniceras till MAS per kvartal.

Mätning av nattfasta via registrering på blankett i 3 dygn sker 2 gånger per år och följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdels MAS, sjuksköterskor, ansvariga chefer och omvårdnadspersonal på teammöte, planmöte och arbetsplatsträff.

Medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt forskrift. Följsamhet av funktionskontroll följs upp av enhetschef för HSL genom stickprovskontroll 2 gånger om året. Resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och planmöte. Följsamheten diskuteras också regelbundet under HSL möte.

Avvikelsestatistik sammanställs av enhetschef och redovisas varje månad på kvalitetsrådet och rapporteras sedan till MAS.

Synpunkter/klagomål, Lex Sarah/Lex Maria samt riskanalyser sammanställs och rapporteras kvartalsvis in till Erstas kvalitetssystem av verksamhetschef.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisar årligen verksamhetens resultat. Resultaten kommer att jämföras med tidigare resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkans avtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år. Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar.

Avtal med Apoteket för årlig kvalitetsgenomgång av läkemedelshandtering.

Avtal Vårdhygien Stockholms län, årlig hygienrund samt infektionsregistrering.

Avtal för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp.

Tvårfackliga möten där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut/ sjukgymnast, omvårdnadspersonal behandlar vård och omsorgsfrågor.

Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

Samverkan och information till anhöriga och boende via månadsbrev, hemsida, boenderåd och anhörigträff.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

All personal ska rapportera risker i avvikelssystemet. En gång i månaden träffas personal från olika professioner för analys, bedömning och vid behov, lämnas förslag på åtgärd

Risakanalys görs då nya metoder och processer införs i verksamheten samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Risakanalys görs också på befintliga metoder, processer och inträffade händelser som behöver analyseras. Enhets/verksamhetschefen initierar risakanalys. Verksamheten använder Erstas risakanalysmall som innehåller processbeskrivning, riskbeskrivning, riskmatris, bedömning och åtgärdsplan. Det finns tydliga instruktioner hur mallen ska användas. Analysen redovisas i ledningsgruppen för vidare hantering av resultatet.

Under 2015 utfördes 4 risakanalyser inom följande områden:

- *Omorganisation Plan3.*
- *Sommarbemanning Linnégården.*
- *Bemanning Linnégården vintern 2015-2016.*
- *Mat, larm, el, boende avviker.*

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Risker och avvikelser rapporteras i internt avvikelse system.

Inkomna, rapporterade avvikelser och risker, analyseras och bedöms regelbundet.

En händelse/riskanalys görs; vid återkommande risk rapportering eller vid allvarlig avvikelse.

Personal som identifierar risken/avvikelsen dokumenterar detta i avvikelssystemet.

Sjuksköterska tilldelas och bedömer och vidtar de åtgärder som är relevanta,

dokumenterar i journalen och informerar berörd personal. Överrapportering sker till omvårdnadsansvarig sjuksköterska som analyserar och återkopplar till personalen vid dagligt informationsmöte samt på teammöte.

På kvalitetsrådet utförs händelseanalys, vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på nästkommande möte. En bedömning görs av allvarlighetsgrad och om det finns risk för upprepning samt om riskanalys behöver genomföras. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsrådet även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Avvikelse rapporter sammanställs i ett dokument och analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Statistik skickas till Ersta diakonis MAS och stadsdelens MAS varje månad.

Vid allvarlig skada/risk för, underrättas alltid verksamhetschef och MAS omgående. Om allvarlig skada eller risk för skada föreligger informeras patienten/närstående om detta och vilka åtgärder som vidtagits.

Hur verksamheten tillämpar lex Maria

MAS gör en bedömning om det inträffade enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om den också ska anmälas enligt Lex Maria.

Anmälan görs av MAS på blankett SOSFS 2013:3 Bilaga (2013-05) och ska vara IVO tillhanda inom 2 månader från det inträffade. MAS ansvarar för att vårdtagaren eller närstående samt berörd stadsdel, får information om att en Lex Maria anmälan gjorts samt dokumenterar att information är given i journalen. Om informationen inte kan lämnas ska orsaken dokumenteras i journalen. MAS ansvarar för att patient

eller närstående får information och en kopia på svaret från Socialstyrelsen.

Inget Lex Maria ärende har utretts under året.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer direkt till verksamhetschef, eller till personal i tjänst.

Beroende på avvikelens karaktär kan mottagaren åtgärda direkt, upp till sin kompetens eller lämnar ärendet till verksamhetschef/närmaste chef/ tjänstgörande hälso-och sjukvårds personal för åtgärd.

Verksamhetschefen ansvarar för att en återkoppling sker inom 3 arbetsdagar till berörd person/personal eller myndighet.

Verksamhetschefen eller utsedd person påbörjar en analys och ger förslag på åtgärder och/eller åtgärdar ärendet samt dokumenterar.

Åter rapportering bör ske inom 14 dagar till berörd person/personal eller myndighet.

Ärendet diskuteras även i Kvalitetsgruppen som träffas 10 gånger per år samt vid Arbetsplatsträffar.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Kvalitetsgruppen, bestående av representanter från olika professioner träffas 10 gånger per år. En sammanställning görs för varje månad på rapporterade risker, inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Gruppen analyserar, bedömer och lämnar vid behov förslag på åtgärder.

Avvikelsestatistik redovisas varje månad till MAS. Under året har statistikmallen korrigerats.

Den som tar emot ett klagomål/synpunkt åtgärdar genast det som är möjligt upp till sin kompetens och ser därefter till att ärendet hamnar hos närmaste arbetsledare. Tjänstgörande sjuksköterska eller närmaste chef utreder och registrerar ärendet i Erstas avvikelssystem.

Berörd personal informeras. Vid behov kontaktas verksamhetschefen. Den enskilde blir kontaktad senast inom 3 arbetsdagar samt blir informerad efter utredning om vidtagen åtgärd.

På kvalitetsrådet utförs händelseanalys, vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på nästkommande möte. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsrådet även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.

Synpunkter/klagomål och rapporter sammanställs i ett dokument och analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender. Verksamhetschefen ansvarar för att ärendet följs upp samt publicerar sammanställningen av synpunkter/klagomål i Erstas kvalitets- och ledningssystemet senast 31.3, 30.6, 30.9 samt 31.12 varje år. Statistik skickas till Ersta diakonis MAS och stadsdelens MAS varje månad.

Under året inkom en synpunkt gällande utsättande av medicin i palliativt skede. Frågetecken kunde tillsammans med anhöriga redas ut. Klagomål inkom till stadsdelsförvaltningen gällande boendes medicinering och status. Anhöriga fortsatte driva frågan och lämnade klagomålet vidare till IVO. Ärendet avslutades utan kritik.

Samverkan med patienter och närstående

Samma dag boende flyttar in görs en riskbedömning av fallrisk och fallförebyggande åtgärder vidtas av legitimerad personal i samarbete med boende och anhöriga. OAS genomför även riskbedömningar enligt Norton, MNA och ROAG inom 2 veckor, om risk föreligger upprättas en omvårdnadsplan, boende och anhöriga blir informerade och ges möjlighet till delaktighet i planeringen. Riskbedömningarna uppdateras var 6e månad eller vid förändrat status hos den boende.

Inom 2 veckor genomförs alltid ett välkomstsamtal med den nyinflyttade, närstående, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman och enhetschef.

Agenda följs där frågor som rör patientsäkerhetsarbetet tas upp, t ex överenskommelse om hur information om läkemedelsförändringar, kontakter med läkare, OAS, kontaktman kan ske. Genomgång av fallprevention. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål kan också lämnas till Patient

nämnden, Äldreombudsmannen eller till stadsdelen. Blanketter, information och förslagslåda finns vid en av entréerna.

Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Vid mötet deltar representanter från olika yrkes kategorier. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

På enheten anordnas Anhörigmöten. Möten hålls 10 gånger per år och minnesanteckningar förs.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

All personal i vården, gavs möjlighet att genomföra e-utbildningen i Basala Hygienrutiner under december månad, vilket hälften av personalen genomförde.

En sjuksköterska har gått en heldags utbildning i användandet av antidecubitus madrasser.

Tva sjuksköterskor har deltagit i utbildning om smärta hos äldre, en halvdag.

Tre sjuksköterskor har gått arbetsledarutbildning på silviahemmet.

Arbetsterapeuten har gått administratörsutbildning i BPSD-registret.

Sjukgymnasten har deldagat i årliga Hjälpmedelsmässan.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärdspaket.

Riskanalys, fall har gjorts på alla ny inflyttade

Mun-hälsovårdsbedömning har erbjudit alla boende

Alla boende har erbjudits och tackat ja till Läkemedelsgenomgång.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

Arbete har under året pågått gällande; Läkemedel missad signatur. Det var framförallt näringsdycker och kräm som personal missat att signera. Antalet missade signeringar har därvid minskat.

Statistik för Läkemedel övrig har i genomsnitt under året varit 6 per månad.

I genomsnitt har det varit 12 fall per månad och sammanlagt har 6 av dessa krävt sjukvård.

Under året har 4 sår uppkommit på Linnégården och 3 från annan vårdgivare. Efter behandling och förebyggande åtgärder fanns vid årets slut inga sår.

Antal boende med urinkateter har i genomsnitt under året varit 3st.

I genomsnitt har det varit 2 urinvägsinfektioner per månad. Sammanlagt hade en av dessa vårdtagare urinkateter.

Ingen clostridium difficile-diarré eller influensa under året. En virusorsakad magsjuka.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål 2016:

Ökad patient säkerhet genom fortsatt registrering i Senior alert.

Utbildningsinsatser gällande nutrition av dietist planeras att genomföras för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Bättre kunskaper i Basal hygien rutiner för all vårdpersonal genom utbildning, självskattning och egenkontroll enligt nya rutiner från östermalms stadsdelsförvaltning

Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och Ledningssystemet.

Vårdplaneringar ska genomföras två gånger per år eller vid behov.

Ett nytt sätt att arbeta med avvikelshantering kommer införas. Avvikelserna behandlas då planvis varje månad i stället för ett kvalitetsråd som samlats från olika plan. Fördelen är att teamet i första hand arbetar med de avvikelser som inträffat på egna planet. Orsaker och åtgärder tas fram och förbättringsarbete påbörjas. Teamet består av omvårdnadspersonal, legitimerad personal och ledning. Månaden efter följer teamet upp hur arbetet har gått och avslutar eller arbetar vidare med respektive avvikelse.

Statistik och större avvikelser tas upp på APT.