

# Patientsäkerhetsberättelse

2021

SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG, MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA  
2022-03-01

**Patientsäkerhetsberättelse**  
2021

SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG

© SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG och Huddinge kommun  
Tryckeri, 2022

ISBN 91-85565-02-4  
[www.huddinge.se](http://www.huddinge.se)

# Sammanfattning

Inför 2021 fanns det tre övergripande fokusområden i utvecklingsarbetet; digitalisering, systematiskt förbättringsarbete och patientsäker dokumentation.

Under året har arbetet med att kartlägga hälso- och sjukvårdsprocesserna fortsatt, förberedelser har gjorts inför övergång till ett nytt avvikelshanteringssystem, egenkontroller för basala hygienrutiner har utvecklats och ett projekt för stärkt teamwork i äldreomsorgen pågår.

Covid-19 har präglat hälso- och sjukvården även under 2021 men trots detta har en god patientsäkerhet kunnat upprätthållas.

Under 2022 kommer fokus bland annat att ligga på att utveckla den palliativa vården och att stärka arbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom att implementera relevanta delar ur den nationella handlingsplanen Agera för söker vård.

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>5</b>
<b>STRUKTUR</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	9
Egenkontroll	9
<b>Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>	<b>10</b>
Processer	10
Patientprocessen	10
Avvikelseprocessen	12
Läkemedelsprocessen	12
Delegeringsprocessen	12
Dokumentationsprocessen	13
Medicintekniska produkter och hjälpmedel	14
Covid-19	14
Riskanalys	15
Utredning av händelser - vårdskador	15
Kvalitetsregister	16
Senior alert	16
Svenska palliativregistret	16
Informationssäkerhet	17
God och nära vård	17
Agera för säker vård	17
IVO	18
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b>	<b>18</b>
Egenkontroll	18
Klagomål och synpunkter	19
Händelser och vårdskador	20
<b>Mål och strategier för kommande år</b>	<b>22</b>
Identifierade utvecklingsområden	22
Mål och indikatorer för uppföljning	23

# Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §). Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

I Huddinge kommun är det vård- och omsorgsnämnden som är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inom äldreomsorgen, socialpsykiatri och funktionshinderomsorgen. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur Huddinge kommuns patientsäkerhetsarbete sett ut under 2021 i dessa verksamheter i egen regi samt verksamheter som drivs på extern entreprenad.

Patientsäkerhetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden är upprättad av medicinskt ansvariga sjuksköterskor utifrån uppgifter från verksamhetsansvariga, inhämtade uppgifter från verksamhetssystem samt kvalitetsregister.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården vara säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och jämlik.

I verksamheten har man arbetat för att uppnå bland annat följande mål; tillvarata lärdomar från pandemin som kan omsättas till ordinarie verksamhet, förbättrad användning av digitaliseringens möjligheter, utvecklat teamwork, goda förutsättningar för sjuksköterskor, att öka kunskapen om skyddsåtgärder och att ingen ska behöva dö ensam.

Under 2021 fanns det tre övergripande fokusområden i utvecklingsarbetet; digitalisering, systematiskt förbättringsarbete och patientsäker dokumentation.

### Organisation och ansvar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

<p><b>Vårdgivare</b></p> <p>Vård- och omsorgsnämnden i Huddinge kommun är vårdgivare för all hälso- och sjukvård som bedrivs utifrån det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och har det yttersta ansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ansvarsområdet.</p>	<p><b>Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen</b></p> <p>Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hälso- och sjukvården bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda riktlinjer och rutiner.</li> <li>• med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och utveckla verksamheten.</li> <li>• se till att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.</li> <li>• säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.</li> </ul>
<p><b>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)</b></p> <p>MAS har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat.</p> <p>MAS ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• upprätta riktlinjer för det kommunala hälso- och sjukvårdsarbetet samt följa upp att dessa efterlevs.</li> <li>• journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.</li> <li>• utfärdade delegeringar är förenliga med patientsäkerheten.</li> <li>• rapportera vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, till vårdgivaren (enligt patientsäkerhetslagen).</li> <li>• göra anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria på delegation från ansvarig nämnd.</li> </ul>	<p><b>Enhetschef</b></p> <p>Enhetschef ansvarar för att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• förutsättningar finns så att omsorgspersonalen kan följa de ordinationer och direktiv som legitimerad personal ger för omvårdnad och rehabiliteringsinsatser genom instruktion eller delegering.</li> <li>• alla medarbetare har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård.</li> <li>• säkerställa följsamhet till riktlinjer och rutiner.</li> <li>• med berörda yrkeskategorier systematiskt följa upp och analysera verksamhetens patientsäkerhetsarbete och vid behov vidta åtgärder samt upprätta en tidsplan för de åtgärder som inte omedelbart kan verkställas.</li> </ul>
<p><b>Legitimerad personal</b></p> <p>All legitimerad personal har ett eget yrkesansvar att känna till och följa de författningar, riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvårdsarbetet.</p>	<p><b>Delegerad personal</b></p> <p>Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i dennes vårdarbete och arbetar på direktiv från hälso- och sjukvården eller har tagit emot delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter blir i genomförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. I och med detta har delegerad personal samma skyldigheter som legitimerad personal.</p>
<p><b>Alla medarbetare</b></p> <p>Oavsett yrkeskategori ska all personal aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet som en integrerad del i den dagliga verksamheten. All personal har också skyldighet att i verksamhetssystemet rapportera avvikelser samt fel och brister.</p>	

## Läkarinsatser

Inom särskilt boende för äldre ansvarar läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB för läkarinsatser. Inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatri ansvarar primärvårdens vårdcentraler för läkarinsatser.

## Smittskydd

Smittskydd Stockholm har det övergripande ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen och utgör kommunens vårdhygieniska expertis.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

- Det är väl känt att vårdens övergångar är ett riskområde och att välfungerande samverkan är en förutsättning i arbetet med att förebygga vårdskador. En vårdskada definieras som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".
- Regelbundna avstämningar sker mellan MAS, Bistånd- och förebyggandeverksamheten, och Huddinge geriatriken i syfte att upprätthålla en nära och god samverkan mellan parterna.
- Under pandemin har hälso- och sjukvårdsförvaltningen varit sammankallande till veckovisa möten med kommunerna.
- Huddinges sju vårdcentraler, primärvårdsrehab, ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och kommunens MAS har samverkat regelbundet i ett lokalt nätverk med fokus på covid-19, men alltmer även på andra samverkansfrågor. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har givit primärvården i uppdrag att fortsatt vara sammankallande för samverkansmöten med kommunerna. Detta forum har varit mycket givande under pandemin, och är också en viktig del i omställningen till en nära vård.
- Samverkansmöte med psykiatri sydväst och funktionshinderomsorgen samt socialpsykiatri har genomförts vid två tillfällen under året.
- Under pandemin har samverkan med Vårdhygien Stockholm intensifierats och MAS har haft regelbundna avstämningar med hygiensjuksköterska.
- HSL-enheten har samverkansmöten med rehabiliteringen två gånger per år samt vid behov i enskilda patientfall.
- Under 2021 har MAS, med anledning av pandemin, haft samverkansmöten med äldreomsorgens läkarorganisation Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB varannan vecka. De ordinarie samverkansmötena med MAS, Familjeläkarna och enhetschef för kommunens hälso- och sjukvård har fortgått som vanligt.
- Södra Stockholms forsknings- och utvecklingsenhet för äldreomsorgen, Nestor FoU-center, har varit sammankallande till regelbundna samverkansmöten med region och kommun i syfte att gemensamt utveckla samverkan mellan region och kommun.

## Patienters och närståendes delaktighet

Enligt Svensk författningssamling, SFS 2010:659 3 kap. 4 §, ska vårdgivaren ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

- Upprättande av hälsoplan/vårdplan i hälso- och sjukvården görs om möjligt tillsammans med patienten och i förekommande fall efter samtycke med dennes närstående/företrädare.
- Anhöriga/företrädare erbjuds möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmöten för den enskilde och om omständigheterna medger kan även andra närstående delta. Under pandemin har anpassningar till situationen fått göras. I de fall där man ej kunnat genomföra fysiska möten har man haft dialog via telefon.
- Inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin förstärks den information som ges med hjälp av olika kognitiva hjälpmedel och tydliggörande pedagogik.
- Inom demensvården strävar man efter att utföra ett arbete som bygger på demensvårdens fyra hörnstenar; symtomkontroll, kommunikation och relation, teamarbete och närståendestöd. Detta kompletteras med metoder och verktyg, till exempel BPSD<sup>1</sup> –registreringar och bemötandeplaner.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt SFS 2010:659, 6 kap. 4 § bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

- Hälso- och sjukvårdsavvikelser rapporteras i en avvikelsemodul i journalsystemet Procapita. Både legitimerad personal, omsorgspersonal och chefer rapporterar avvikelser.
- Utredning och beslut om vilka åtgärder som ska sättas in är beroende av vad avvikelserna avser men målsättningen är att arbetet ska ske i teamsamverkan över professionsgränserna.
- Inom verksamheterna sker sammanställning och analys på varierande sätt, bland annat genom månadsvisa kvalitetsråd inom äldreomsorgen. Inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin diskuteras avvikelser på månatliga arbetsplatsträffar. MAS gör årligen en sammanställning och övergripande analys för respektive verksamhetsområdes avvikelser.
- Externa avvikelser, både inkommande och utgående, förmedlas av MAS till rätt instans.

---

<sup>1</sup> BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.



## Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan inkomma på olika sätt till förvaltningen, till exempel muntligen, via post, e-post eller e-formulär. Mottagna klagomål diarieförs och hanteras av ansvarig chef, som även tillser att återkoppling sker till den som inkommit med klagomålet. I dagsläget finns ingen strukturerad sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter.

## Egenkontroll

Alla verksamheter i socialförvaltningen har under 2021 börja använda ett digitalt kvalitetsledningssystem. Det är nu lättare för verksamheten att på ett strukturerat och systematiskt sätt följa och styra arbetet med bland annat risker, egenkontroller och åtgärder för att förbättra de hälso- och sjukvårdsprocesser man arbetar med. Det bidrar också till ordning och reda, ökad transparens och ger en tydligare dokumentation av patientsäkerhetsarbetet. Även sammanställning på en övergripande nivå underlättas.

### Struktur för egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
<b>Basala hygienrutiner och Klädregler</b>	2 gånger per år	Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
	1 gång per år	Kontroll av enhetens förutsättningar för basala hygienrutiner.
	1 gång per år	Checklista för övergripande bedömning av det vårdhygieniska arbetet.
	1 gång per år	Nationell punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK).
<b>Avvikelser</b>	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet.
<b>Patientens klagomål och Synpunkter</b>	1 gång per år	Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), diariet.
<b>Journalgranskning</b>	1 gång per år	Journalssystemet.
<b>Loggkontroller</b>	1 gång per månad	Journalssystemet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Extern läkemedels- Granskning	1 gång per år	Extern granskare.
Kontrollräkning narkotiska Preparat	1 gång per vecka	Patientbundna läkemedel.
	1 gång per månad	Basförråd för läkemedel särskilt boende för äldre.

## Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### Processer

Under 2021 har arbetet med att kartlägga och rita upp alla hälso- och sjukvårdsprocesser fortsatt. Arbetet med att riskbedöma och utveckla processerna sker kontinuerligt.

#### Patientprocessen

##### *Demens*

En av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom är förekomst av multiprofessionella demensteam. Detta är ett utvecklingsområde inom särskilda boenden för äldre.

##### Diabetes

Läkarorganisationen Familjeläkarna tar under 2022 fram en samverkansrutin vid diabetes, i samråd med MAS i flera kommuner. I samband med detta planeras för utbildningsinsats för sjuksköterskorna.

##### *Palliativ vård*

För att säkerställa en kontinuitet i kompetensutvecklingen gällande palliativ vård har socialförvaltningen förberett för anslutning till Palliativt kunskapscentrum (PKC) från 1 januari 2022. PKC samfinansieras av region Stockholm och 20 av kommunerna i länet. PKCs uppdrag är att informera, utbilda, utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning för att sprida och öka kunskapen om palliativ vård hos alla personalgrupper som vårdar patienter i behov av palliativ vård. Genom att upprätta en kompetensutvecklingsplan för löpande utbildning i palliativ vård till alla yrkeskategorier kan en bättre kvalitet på vården uppnås. För att uppnå målet att ingen ska dö ensam har förutsättningarna för att sätta in vak i det palliativa skedet förtydligats.

##### *Läkemedelsgenomgångar*

För äldreomsorgen finns tydlig process för läkemedelsgenomgångar beskriven i samverkansöverenskommelsen. För funktionshinderomsorgen finns inte samma tydlighet. I samband med revidering av överenskommelsen mellan HSL-enheten och primärvården kommer processen gällande läkemedelsgenomgångar förtydligas.

### *Samverkan*

Generellt upplevs samverkan inte fungera väl vid utskrivning från slutenvården till boenden inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin. Det saknas också samverkan med bland annat ADHD/autismprogrammet där många av kommunens brukare är inskrivna. Under 2022 bör regelbundet samverskansforum med ADHD/autismprogrammet skapas.

### *Skyddsåtgärder*

Ett av årets mål var att kunskapen om skydds-och begränsningsåtgärder skulle öka. Metoder och arbetssätt har förbättrats. Enhetscheferna inom funktionshinderomsorgen har fått information om konsekvenspedagogik och har nu god kunskap om vilka arbetssätt som skall tillämpas för att brukarna skall få en god omsorg.

### *Vårdhygien och smittskydd*

Pandemin har medfört ett stort fokus på basala hygienrutiner. Webbutbildning om basala hygienrutiner och klädregler är obligatorisk för samtliga medarbetare och genomförs minst årligen.

För att säkerställa att all personal på enheterna har kunskap om gällande rutiner och för att öka följsamheten till dessa finns checklistor för daglig genomgång av basala hygienrutiner, och klädregler. Där ingår även information om personlig skyddsutrustning. Det finns även bildstöd för hanteringen av skyddsutrustning.

Vårdhygienisk kontroll som enligt avtal med Vårdhygien Stockholm ska genomföras med regelbundenhet inom särskilt boende för äldre har inte genomförts varken under 2020 eller 2021. Detta har påtalats till Vårdhygien Stockholm. Vårdhygienisk kontroll planeras ske under 2022.

För att öka kompetensen gällande vårdhygien introducerades en webbaserad utbildning från Smittskydd Stockholm om Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner (VRI) för legitimerad personal.

Samarbete med Smittskydd Stockholm sker löpande i samband med smittspårning av personal och i form av rådgivning kring specifika frågor.

Under 2021 har nya egenkontroller gällande vårdhygien implementerats. Självskattningen av följsamhet till basala hygienrutiner sker nu digitalt vilket underlättar analys och uppföljning. Verksamheten använder även checklistor från svensk förening för vårdhygien för att bedöma förutsättningarna för det vårdhygieniska arbetet på enheten.

### *Munhälsa och nödvändig tandvård*

Folktandvården Stockholms län AB ansvarar för munhälsobedömningar och munvårdsutbildning i Huddinge kommun.

Enligt Folktandvården har väldigt få munhälsobedömningar genomförts under 2021 då de flesta har en regelbunden tandvård som fungerar bra.

Medarbetarna på alla särskilda boende för äldre och gruppboende enligt LSS har erbjudits digital munvårdsutbildning under året. De enheter som inte har fått utbildning under 2021 kommer att erbjudas utbildning i början av 2022.

### Avvikelseprocessen

Under 2021 har förberedelser pågått inför övergång till en ny avvikelsemodul för hantering av verksamhetens alla avvikelser. Från april 2022 kommer alla hälso- och sjukvårdsavvikelser registreras och hanteras i Lifecares avvikelsemodul vilket kommer innebära att processen för varje avvikelse tydliggörs och att planeringen för åtgärder och uppföljning av dessa underlättas.

I samband med införandet av den nya avvikelsemodulen kommer utbildningar i rapportering och hantering av avvikelser att genomföras för all vård- och omsorgspersonal.

### *Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete*

Det systematiska arbetet med patientsäkerhet skiljer sig åt mellan verksamheter och enheter. För att få en samsyn och för att kvalitetssäkra enheternas patientsäkerhetsarbete behöver ett metodstöd upprättas för användning på enheternas regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete, så kallade kvalitetsråd.

Strukturerade tvärprofessionella möten för samverkan och planering av individuell vård och omsorg finns på vissa enheter men saknas på andra.

### Läkemedelsprocessen

Under 2021 slutfördes implementeringen av en digital signeringsapp för hälso- och sjukvårdsinsatser. Fortsatt utveckling av arbetssätt kring den digitala signeringsappen sker löpande.

Upprättande och implementering av lokala läkemedelsrutiner har skett under året.

### Delegeringsprocessen

Alla delegeringar inom äldreomsorgen, funktionshinderomsorgen och socialpsykiatri dokumenteras nu digitalt. Dagliga verksamheter och dagverksamheter fortsätter med delegeringar i pappersform. En övergång till digital signering i dessa verksamheter skulle behöva utredas innan det kan införas då det bland annat finns svårigheter med tillgång till ordinationshandlingar för personer i eget boende.

Sedan införandet av organiseringen av vikarier via bemanningscenter har man på enheterna upplevt utmaningar kring delegeringar av bemanningspersonalen. Sjuksköterskeenheten ser över hur man på bästa sätt kan optimera delegeringsförfarandet inklusive uppföljning av utfärdade delegeringar.

För att underlätta uppföljningen av kunskapsnivå efter utfärdande av läkemedelsdelegeringar har ett digitalt formulär för uppföljning upprättats. Formuläret testas nu av verksamheten inom funktionshinderomsorgen.

## Dokumentationsprocessen

### *Journalföring*

Det journalsystem som används i Huddinge kommun (Procapita från Tieto) upplevs av både nya och gamla medarbetare som krångligt, trögt och svårt att använda. Under 2021 har stöd- och utvecklingsenheten gjort en utredning där man sett över möjligheten att övergå till Tietos nya journalsystem Lifecare HSL. Bedömningen i dagsläget är att Lifecare HSL inte är tillräckligt utvecklat och användarvänligt för att Huddinge kommun ska påbörja arbetet med att byta journalsystem. I väntan på att ett systembyte kan ske behöver verksamheten fortsatt arbeta med utveckling av dokumentationen i befintligt system.

Det har uppmärksammats att det behövs mer kunskap om dokumentationsstrukturen ICF/KVÅ<sup>2</sup>. Socialstyrelsen upprättade under 2021 en webbaserad utbildning i den dokumentationsstruktur som används (ICF/KVÅ). Utbildningen ingår nu i utbildningsplanen för nyanställda sjuksköterskor.

Verksamheten behöver arbeta aktivt med att introducera ny personal i journalsystemet Procapita på ett strukturerat sätt. En tydlig introduktionsplan för nyanställd legitimerad personal upprättades under året.

Likaså behöver det arbetas med följsamhet till och utveckling av befintlig dokumentationsstruktur. Under året har verksamheten återupptagit regelbundna möten med dokumentationshandledare i syfte att föra utvecklingsarbetet vidare.

Som en åtgärd efter IVOs granskning 2020 har frastexter och standardiserade vårdplaner för palliativ vård upprättats i journalsystemet Procapita. Standardvårdplaner och frastexter på fler områden är under arbete för att tas i bruk 2022.

Med hjälp av systematiska egenkontroller av dokumentationen uppnås ökad kvalitet på struktur och sökbarhet. Under 2021 testades en ny mall för granskning av journaler för den legitimerade personalen. Mallen uppfattades dock som alltför omfattande och istället skapades en digital version av egenkontroll av journaler. Den digitala granskningsmallen är under testning och kommer att användas i verksamheten under 2022.

Sedan 2019 registreras KVÅ-koder i journalsystemet Procapita enligt krav från Socialstyrelsen. Statistiken över rapporterade KVÅ-koder rapporteras månatligen in till Socialstyrelsens hälsodataregister. Arbetet pågår för att identifiera sätt att använda Huddinges lokala KVÅ-statistik för kvalitetsutveckling.

### *Informationsöverföring*

En uppföljning av arbetssättet för informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal inom särskilt boende för äldre visade att arbetssättet inte fungerar optimalt. I utredningen om journalsystem undersöktes därför även möjligheten att ge ökad läsbarhet till omsorgspersonalen. Slutsatsen blev, av flera skäl, att en återgång till fullständig läsbarhet i HSL-journal för omsorgspersonalen inte bedöms lösa problematiken gällande informationsöverföringen. Om befintligt arbetssätt används enligt

<sup>2</sup> Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

uppsatta direktiv bedöms informationsöverföringen kunna fungera tillfredställande. Verksamheten behöver arbeta kontinuerligt med följsamheten till direktiven.

Inom funktionshinderomsorgen har förberedelser gjorts för att övergå till samma arbetsätt gällande informationsöverföring som används inom särskilt boende för äldre. Arbetsättet påbörjas 1 februari 2022.

### Medicintekniska produkter och hjälpmedel

Rehabiliteringspersonalen arbetar kontinuerligt med utbildning och handledning till medarbetare i hantering av hjälpmedel och förflyttningsteknik. För att säkerställa att underhåll, service och besiktning av medicintekniska produkter och hjälpmedel sker strukturerat använder Huddinge kommun ett inventeringsprogram som under året har förbättrats gällande användarvänlighet.

### Covid-19

Covid-19 har präglat hälso- och sjukvården även under 2021 men trots detta har en god patientsäkerhet kunnat upprätthållas.

Efter att vaccinationerna påbörjades under julen 2020 noterades en mycket snabb minskning av antalet smittade. De låga smittotalen höll i sig under året med endast enstaka fall av smitta på enstaka enheter.

Dos 3 av vaccinet mot covid-19 gavs till boende på särskilt boende för äldre under oktober 2021. Inom funktionshinderomsorgen gavs vaccinationer med dos 3 med start i december. Socialpsykiatrin följer allmänhetens vaccinationsplan och bedöms på individnivå.

I samband med att samhällsspridningen tog fart i slutet av året steg åter smittspridningen på särskilt boende för äldre och inom funktionshinderomsorgen. Inom särskilt boende för äldre ledde det till stora utbrott av smitta bland både boende och personal. Samma utveckling sågs i hela regionen. I slutet av året påbörjades användning av antigenestning av personal inom särskilt boende för äldre inför varje arbetspass på enheter med smitta, i syfte att intensifiera smittspårningen.

Till skillnad från under tidigare smittvågor har de flesta i kommunens verksamheter under 2021 fått endast milda symtom. Inget dödsfall med covid-19 har registrerats i Huddinge kommuns verksamheter under 2021.

För de patienter inom särskilt boende för äldre som får ett akut behov av syrgas, finns möjlighet att snabbt få hjälp med syrgaskoncentrator via avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).

Inom funktionshinderomsorgen finns ingen sammanhållen läkarorganisation utan ansvaret för läkarinsatser ligger på vårdcentralerna. Samverkan med vårdcentralerna kring provtagning har ibland varit haltande och mycket tid har lagts på att få tag på läkare för hjälp med remisser. Problematiken har lyfts i de samverkansmöten med primärvården där MAS deltar.

Under 2021 kom tydligare direktiv från Smittskydd Stockholm riktat till kommunal hälso- och sjukvård. Reviderade riktlinjer och rutiner gällande covid-19 har implementerats löpande under året. En stor utmaning har varit att upprätthålla följsamheten till användning av skyddsutrustning. Verksamheten har löpande arbetat med att öka följsamheten till rådande direktiv.

All information gällande covid-19 finns samlad på ett ställe på kommunens intranät och återkommande informationsbrev har skickats ut av MAS för att säkerställa att verksamheten har korrekt information.

Skyddsutrustning har hela tiden funnits tillgänglig och socialförvaltningen har även upprättat ett lager av skyddsutrustning för användning i händelse av leveransproblem eller brist.

## Risکاناليس

Genom att arbeta med riskinventering utifrån processer, bidrar varje verksamhet och enhet till ökad patientsäkerhet. Identifierade risker hanteras i det digitala ledningssystemet med hjälp av riskanalys. Kring varje risk sker en bedömning av sannolikhet och konsekvens och mot bakgrund av de risker som framkommit i riskanalysen planeras åtgärder och uppföljningar. Åtgärdsprioriteringen styrs av bedömd risknivå.

Här följer ett urval av de risker som hanterats i verksamheten under året:

**Risk:** Otillräcklig utbildning i nödvändiga verksamhetssystem för legitimerad personal

**Åtgärd:** En tydlig introduktionsplan för nyanställd legitimerad personal upprättades under året.

**Risk:** Att kvaliteten i insatsen för den enskilde försämras på grund av brister i samverkan mellan legitimerad personal och personal på boendeenheter.

**Åtgärd:** Projekt för förbättrat teamarbete.

**Risk:** att patienter inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin inte får ett samordnat stöd på grund av brist på samverkan med specialistvården.

**Åtgärd:** upprätta samverkan med autism/ADHD-programmet. Fortsatt samverkan med psykosprogrammet.

## Utredning av händelser - vårdskador

Flera avvikelser har handlat om handläggning vid förändrat hälsotillstånd och fördröjd vård. Som en följd av utredda händelser där bristande rapportering har lett till fördröjd vård har ett rapporteringsstöd för omsorgspersonal upprättats. Syftet med rapporteringsstödet är att guida omsorgspersonalen till att uppmärksamma relevanta symtom och kliniska tecken inför kontakt med sjuksköterska. Med ett mer relevant informationsunderlag kan sjuksköterskan göra en bättre första bedömning på distans. Rapporteringsstödet börjar användas under januari 2022.

Det finns en pågående utredning inom äldreomsorgen som kommer att leda till en anmälan enligt lex Maria. Avvikelsen rör området fördröjd vård.

Inom funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin har inga anmälningar enligt lex Maria gjorts under 2021.

## Kvalitetsregister

Syftet med kvalitetsregister är att statistik ska kunna användas för att utveckla verksamheten. Det finns en arbetsgrupp som utvecklar användningen av resultat från de register som används. Äldreomsorgen deltar i följande nationella kvalitetsregister: Senior alert, Svenska demensregistret (SveDem), Svenska palliativregistret, Nationellt kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Funktionshinderomsorgen och socialpsykiatrin använder inte kvalitetsregistren då de inte är validerade för yngre personer. Däremot görs riskbedömningar gällande fall och trycksår.

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå och varje vårdgivare får möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och minska risken för vårdskador.

### Resultat 2021

Av de riskbedömningar som gjordes, 867st, utföll 93% med risk. Åtgärdsplan upprättades för 96% av de som hade risk. Detta är en ökning jämfört med 2020, vilket visar på att enheterna arbetar aktivt med riskbedömningar. Gällande utförda åtgärder hos de som hade risk registrerades endast 70% som utförda. Det är en stor diskrepans mellan åtgärdsplan och registrerade åtgärder. Orsaken till detta kan vara att man inte aktivt utvärderar och dokumenterar efter att en åtgärd är ansedd som slutförd.

### Svenska palliativregistret

Kvalitetsmått	Uppsatta mål	Resultat 2021	Resultat 2020
Antal registrerade dödsfall jan-dec	-	64 stycken	103 stycken
Utan trycksår grad 2-4 vid dödsfalle	90%	76,6%	76,7 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	-	71,9%	55,3 %
Dokumenterat brytpunktsamtal	-	82,8%	35,9 %
Dokumenterad munhälsobedömning	90%	59,4%	44,7 %
Smärtskattning sista levnadsveckan	100%	59,4%	41,6 %

I Procapita är det registrerat 98 dödsfall under 2021 och i Svenska palliativregistret 64 st. Det är stor skillnad i statistiken vilket visar på att det finns en underregistrering i palliativa registret. Verksamheten behöver säkerställa att alla dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.

Det finns fortfarande en diskrepans gällande statistiken i palliativa registret kring brytpunktsamtal jämfört med läkarorganisationens rapportering. Läkaren ansvarar för att brytpunktssamtal genomförs och sannolikt har kommunen en underrapportering.



Mänsklig närvaro i dödsögonblicket har ökat avsevärt jämfört med tidigare år. Dock är det långt under det nationella uppsatta måttet på 100%, att ingen ska behöva avlida ensam. Det behöver diskuteras vidare i organisationen vad som är accepterad nivå gällande denna indikator och vilka åtgärder som behöver vidtas för att nå dit.

Den arbetsgrupp som upprättades under 2020 för att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården samt registrering i och användningen av palliativa registret har under 2021 inte varit aktiv.

## Informationssäkerhet

Loggkontroller för HSL-dokumentation görs varje månad genom stickprov på ett antal personer under ett dygn. Urvalet görs av Stöd- och utvecklingsenhetens systemförvaltarteam och förmedlas till enhetschef för legitimerad personal för kontroll.

Loggkontroller för NPÖ (nationell patientöversikt) har inte utförts under 2021 på grund av tekniska problem. Arbetet med att utföra loggkontroller i NPÖ behöver aktualiseras under 2022.

## God och nära vård

Sedan 2019 pågår en omställning för att den utveckla den nära vården. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. Omställningen innebär ett skifte där fokus flyttas; från organisation till fokus på person och relation. Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare. Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus. Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

Under 2021 har arbetet med omställningen påbörjats i Huddinge kommun. Bland annat har ett projekt genomförts med syfte att utveckla teamarbetet kring den enskilde och att utveckla den personcentrerade vården. För att skapa en högre kontinuitet på jourtid har bemanningen i sjuksköterskejouren utökats. För att öka kompetensen i verksamheten och ge undersköterskorna möjlighet till ökat deltagande kring de mest sjuka äldre har vidareutbildning genomförts i bland annat sårvård, hantering av syrgas, trakeostomi<sup>3</sup>, sondnäring och övriga medicinska insatser som anses relevanta för att möta den alltmer multisjuka målgrupp som finns inom särskilt boende för äldre.

## Agera för säker vård

Socialstyrelsen har år 2020 upprättat en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i kommuner och regioner. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har under 2021, i samband med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, tagit fram ett analysverktyg för att stödja kommunernas arbete med att ta fram egna handlingsplaner för patientsäkerhet. Under 2022 kommer MAS att

---

<sup>3</sup> Trakeotomi, så kallat strupsnitt, är ett operativt ingrepp som innebär att man gör en öppning på halsens framsida för att skapa fri luftväg. Öppningen i halsen kallas sedan trakeostomi eller trakeostoma.

förbereda för användning av SKRs patientsäkerhetsverktyg. MAS planerar även för utbildning gällande patientsäkerhet i stort utifrån den nationella handlingsplanen Agera för säker vård.

## **IVO**

IVO inledde under 2021 en uppföljande nationell tillsynsinsats avseende medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende. Granskningen görs då IVO i tillsyn 2020 konstaterat att lägstanivån är för låg på särskilt boende för äldre vad gäller medicinsk vård och behandling.

# **RESULTAT OCH ANALYS**

## **Egenkontroll**

### **Basala hygienrutiner och klädregler**

Sedan våren 2021 deltar Huddinge kommuns boendeenheter i SKRs årliga nationella punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Genom att delta i dessa mätningar blir det tydligare för varje enhet vilka områden man behöver förbättra. Eftersom det var första gången Huddinge deltog är resultatet ett utgångsvärde att jämföra med vid kommande mätningar. Resultatet visade att det finns utrymme för förbättringar framförallt gällande följsamhet till klädregler samt handdesinfektion, både före och efter patientkontakt. Förbättringsarbetet behöver ske löpande ute på enheterna.

Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner som ska utföras två gånger per år i verksamheterna har genomförts. Varje enhet arbetar med att förbättra de områden där man ser brister.

En Checklista för övergripande bedömning av det vårdhygieniska arbetet från svensk förening för vårdhygien har använts på enheterna för första gången under 2021. Frågorna upplevs inte vara helt anpassade för den kommunala hälso-och sjukvården. Inför 2022 kommer frågorna att ses över och anpassas.

## **Journalgranskning**

För 2021 sattes mål om att alla patienter med risk för trycksår, undernäring eller fall skulle ha en vårdplan. Målet har inte uppnåtts. Vid granskning av äldreomsorgens journaler sågs att dokumentationen av genomförda riskbedömningar på alla områden har förbättrats och ligger nu på 100%. Gällande fallriskbedömningar sågs även förbättringar i dokumentationen avseende vårdplaner. För patienter med risk för trycksår och undernäring är vårdplanerna nu dock mindre kompletta än vid tidigare granskning.

För patienter i livets slutskede var målet att alla skulle ha en vårdplan för munvård, trycksårsförebyggande åtgärder samt för smärtlindring. Målet har inte uppnåtts. Journalgranskning visar att de flesta patienter har någon form av vårdplan relaterad till vården i livets slutskede men ytterst få har kompletta vårdplaner där funktionstillstånd,

mål och åtgärder finns tydligt beskrivna. Användningen av evidensbaserad skattningsskala för smärta används endast i liten utsträckning.

Bidragande orsaker till att målen gällande vårdplaner inte har uppnåtts kan vara att introduktionen vid nyanställning tidigare inte innehållit utbildning om strukturen ICF/KVÅ som används. Belastningen på legitimerad personal under pandemin har också medfört att utvecklingsarbete till viss del har fått stå tillbaka då man har behövt prioritera den patientnära vården.

För att underlätta dokumentationen kan frastexterna utvecklas ytterligare. Det behöver även göras en utbildningsinsats gällande utformningen av vårdplaner.

### **Loggkontroller**

Inga dataintrång har upptäckts under året.

### **Extern granskning av läkemedelshantering**

Hälften av boendeenheterna inom funktionshinderomsorgen granskades av Apoteket AB hösten 2021. Genomgående hade stora förbättringar skett sedan föregående granskning. Bland annat finns nu lokal rutin för läkemedelshantering på plats och alla enheter har upprättat rutin för hantering av nycklar till läkemedelsskåp.

Äldreomsorgens granskning visade bland annat på behov av fortsatt implementering av den nya läkemedelsrutinen samt ökad säkerhet kring nyckelhantering på boendena. Hanteringen av läkemedel bedöms på det stora hela som väl fungerande.

### **Kontrollräkning narkotiska preparat**

Individbunden narkotika registreras i det digitala signeringssystemet. Detta medför att det blir lättare att få en överblick över eventuellt svinn jämfört med tidigare.

Narkotiska preparat i äldreomsorgens basförråd hanteras även fortsättningsvis enligt tidigare rutin med manuell registrering i narkotikajournal i pappersformat.

Kontrollräkning av narkotiska preparat sker enligt rutin. I de fall det förekommit svinn har åtgärder satts in lokalt med bland annat ökad frekvens av kontroller. Polisanmälan görs enligt rutin vid svinn.

Under 2021 har fem fall av svinn registrerats inom FO, jämfört med sju under 2020.

Inom Säbo har 148 fall av svinn registrerats jämfört med 86 under 2020. Svinnet har skett på flera olika enheter och det har handlat om små mängder i varje fall. En del av ökningen kan bero på att det digitala signeringssystemet underlättar upptäckt av svinn. Dock är det viktigt att enheterna tar detta på stort allvar och arbetar systematiskt med kontrollräkning, utredning och uppföljning.

### **Klagomål och synpunkter**

Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med vården. Under 2021 har

patientnämnden mottagit två klagomål gällande Huddinge kommuns boenden i egen regi. Klagomålen rörde vård och behandling samt kommunikation med anhöriga. Även under 2020 gällde ärendena från patientnämnden samma områden. Inget av klagomålen gick vidare till lex Marianmälan.

Inga klagomål gällande hälso- och sjukvården har inkommit till kommunen från IVO under året. Däremot har anhöriga i flera fall hänvisats till vårdgivaren från IVO. I de fallen har anmälaren kontaktats av verksamheten och återkoppling har skett gällande utredning och åtgärder.

## Händelser och vårdskador

Vid hantering av avvikelser ska legitimerad personal alltid bedöma händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. I samband med MAS granskning av avvikelser noteras att bedömningen av sannolikhet och allvarlighetsgrad inte är enhetlig och generellt överskattas. Av de avvikelser som rapporterats in har totalt 18 stycken bedömts som allvarliga inom kommunens hälso- och sjukvård. Det finns en diskrepans i bedömningarna jämfört med de definitioner som rekommenderas av SKR, vilket innebär att det faktiska antalet allvarliga vårdskador/risk för vårdskador är lägre än rapporterat. I samband med övergång till den nya avvikelsemodulen kommer det att upprättas ett stöd för bedömningarna så att de bättre överensstämmer med de definitioner som används i SKRs handbok för händelseanalys.

Riskvärdet, som är en sammanräkning av sannolikhet och allvarlighetsgrad, styr utredningsnivån. En försvårande omständighet i den nuvarande avvikelsemodulen är att det saknas riskmatris vilket medför att avvikelser riskerar att inte hamna på rätt utredningsnivå. I den nya avvikelsemodulen kommer avvikelser i större utsträckning hamna på rätt nivå för handläggning.

Den genomgång av avvikelser som MAS gjort visar att de analyser som görs av bakomliggande orsaker ofta stannar på individnivå. För att hitta kärnan i varför en avvikelse skett och för att kunna vidta relevanta förebyggande åtgärder behöver analyserna i större utsträckning gå djupare för att identifiera bakomliggande orsaker på systemnivå. Under 2022 kommer ett stöd upprättas för de Kvalitetsråd som ska genomföras med regelbundenhet för att på enhetsnivå bättre kunna analysera sina avvikelser.

För att säkerställa patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete på ett mer strukturerat sätt i hela organisationen kan arbetssätt behöva ses över och utvecklas.

### Tabell över avvikelser inom äldreomsorgen

Typ av avvikelse	2021	2020
Läkemedel	648	1228
Vård och behandling	136	126
Fall	772	881
Medicintekniska produkter	7	10
Trycksår	1	11

**Tabell över avvikelser inom funktionshinderomsorgen /socialpsykiatrin**

Typ av avvikelse	2021	2020
Läkemedel	144/ 0	287 / 1
Vård och behandling	19/ 0	27 / 0
Fall	25/ 0	71 / 0
Medicintekniska produkter	3/ 0	6 / 0
Trycksår	0/ 0	0 / 0

Inom äldreomsorgen finns generellt en god vana av att rapportera avvikelser. Vid jämförelser mellan kvalitetsregister och avvikelsemodulen kan man se att det finns en underrapportering. Dock är det svårt att veta hur stor underrapporteringen är. Här är det viktigt att verksamheten arbetar aktivt med patientsäkerhetskultur och kvalitetsutvecklande arbete kring avvikelser och avvikelshantering.

Inom funktionshinderomsorgen, inklusive daglig verksamhet har antalet rapporterade avvikelser gått ner efter en uppgång under 2020. Den tidigare uppgången i rapportering bedöms ha berott på den utbildningsinsats som genomfördes föregående år. Effekten av den tycks ha varit kortvarig. Vid planering av kommande utbildningsinsatser används nu i större utsträckning inspelade korta filmavsnitt för att kunna nå ut till fler medarbetare över längre tid. Inom socialpsykiatrin har inga avvikelser rapporterats under 2021. Med den utbildning som ska genomföras inför införandet av den nya avvikelsemodulen är förhoppningen att antalet rapporterade avvikelser ska öka inom alla verksamhetsområden.

Inom alla verksamheter är utebliven dos och utebliven signering de vanligaste avvikelsetyperna. Efter införandet av det digitala signeringssystemet har dock förekomsten närapå halverats, vilket också var förväntat. Användarvänligheten i det digitala signeringssystemet har vissa brister, bland annat gällande in- och utloggningar. Undersökning om hur användarvänligheten kan förbättras pågår tillsammans med leverantören.

Det finns en diskrepans mellan registrering av trycksår i avvikelsemodulen och i palliativregistret. Det är tydligt att det är en underrapportering av trycksår i avvikelsemodulen, vilket betyder att man inte rapporterar trycksår som en avvikelse. Detta är något verksamheten behöver synliggöra och förbättra.

Vid analys av rapporterade fallavvikelser kan man se att riskbedömningar har gjorts, åtgärder har vidtagits och i de allra flesta fall och rehabiliteringspersonal har blivit involverad. Ett fåtal individer står för en stor andel av de rapporterade fallen.

# Mål och strategier för kommande år

Den sammantagna analysen av verksamhetens arbete med patientsäkerhet visar bland annat att det finns ett fortsatt behov av utveckling av den palliativa vården och att det systematiska arbetet med utveckling av patientsäkerheten behöver stärkas.

## Identifierade utvecklingsområden

### Egenkontroller

- Sammanställning av externa avvikelser.
- Sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter
- Extern vårdhygienisk kontroll särskilt boende för äldre
- Implementera digital mall för journalgranskning
- Hitta sätt att använda Huddinges KVÅ-statistik för kvalitetsutveckling.
- Utföra loggkontroller i NPÖ
- Revidering av Checklista för övergripande bedömning av det vårdhygieniska arbetet från svensk förening för vårdhygien.

### Kompetensutveckling

- Kompetensutvecklingsplan för löpande utbildning i palliativ vård till alla yrkeskategorier.
- Kompetensutveckling inkontinensvård.

### Samverkan

- Revidering av överenskommelsen mellan HSL-enheten och primärvården-förtydliga processen gällande läkemedelsgenomgångar.
- Upprätta samverkan med ADHD/autismprogrammet.
- Multiprofessionella demensteam.

### Systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Agera för säker vård- upprätta lokal handlingsplan.
- Förbereda för användning av SKRs patientsäkerhetsverktyg.
- Upprätta metodstöd kvalitetsråd
- Upprätta stöd för bedömningar av sannolikhet och konsekvens (riskvärde)
- Säkerställa patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete.
- Upprätta standardvårdplaner och frastexter på fler områden
- Implementera rapporteringsstöd för omsorgspersonal
- Säkerställa registrering i palliativregistret
- Ökad säkerhet kring nyckelhantering på boenden
- Delegering- optimera delegeringsförfarandet inklusive strukturerad uppföljning av utfärdade delegeringar
- Åtgärder för att nå målet att ingen ska behöva dö ensam.
- Ökad avvikelserapportering vid trycksår

## Mål och indikatorer för uppföljning

För att bedöma hur kvaliteten i vården utvecklas kommer ett antal indikatorer att följas upp.

### Mål: **Tillgänglig och jämlik vård**

- Indikator: ingen ska behöva dö ensam.
- Indikator: det ska finnas vårdplaner för trycksår och munvård för alla patienter i livets slut.

### Mål: **Kunskapsbaserad vård**

- Indikator: Kompetensutvecklingsplan för löpande utbildning i palliativ vård till alla yrkeskategorier finns upprättad

### Mål: **Säker vård**

- Indikator: Att metodstöd för kvalitetsråd upprättas och sedan används på alla enheter.
- Indikator: Relevant information ska finnas synlig för omsorgspersonalen i 100% av journalerna.