

Patientsäkerhetsberättelse för Eslövs kommun 2021



Datum
20220301
Ansvarig för innehållet
Pia Arndorff
Diarienummer
VoO.2022.0071

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Mål för 2021	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Patienten som medskapare	9
Agera för säker vård	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	13
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister	13
Palliativ vård	16
Klagomål och synpunkter	23
Mål och strategier och utmaningar för kommande år	24
Mål för 2022	25

Sammanfattning

Året 2021 har till stor del präglats av den pandemi som världen drabbades av under 2020 och som fortsatt under 2021. Mycket planerad verksamhet kring utveckling av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete har fått ställas in då det inte funnits varken tid eller resurser för att genomföra insatserna. Av de mål som sattes upp inför 2021 har enbart ett fåtal kunnat genomföras fullt ut, annat har fått skjutas framåt i tiden.

Fokus under året har varit att förebygga smitta och minska smittspridning av coronavirus. Direktiv och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne har utgjort grund för intern såväl som extern kommunikation, riskbedömningar, rutiner och riktlinjer. En god samverkan mellan kommun och primärvård har varit nödvändig för att hantera provtagning, smittspårning och vaccination mot covid-19.

Basala hygienrutiner har givetvis fortsatt att vara i fokus och mätningar visar att vi under 2021 håller kvar den ökade efterlevnaden som startade under 2020. Nu gäller det framöver att hålla i och ytterligare öka efterlevnaden. Givetvis måste målsättningen för efterlevnad av basala hygienrutiner vara 100 procent, vilket det fortfarande inte är.

Det finns ett stort engagemang i verksamheten kring patientsäkerhetsfrågor. Samtliga medarbetare har deltagit i patientsäkerhetsarbetet. Personal har bidragit genom att identifiera och anmäla avvikelser. Det är genom att hitta risker och analysera vad som skett, som organisationen kan lära och inte göra om samma sak.

Grundläggande förutsättning för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Mål för 2021

- Ett fortsatt arbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård
- Ett fortsatt arbete med lokala vårdprogram inom rehabilitering
- Implementering av God och nära vård
- Ett arbete med SKRs verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

Organisation och ansvar

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

Ansaret för patientsäkerhetsarbetet har under 2021 varit organiserat enligt följande:

Vård- och omsorgsnämnden

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera hälso- och sjukvården på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

Inom kommunen är förvaltningschefen för vård och omsorg verksamhetschef enligt HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun finns en MAS. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen HSL ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas för den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner
 - för läkemedelshantering
 - rapportering av avvikelser
 - för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det.

I förvaltningen är MAS ansvarig för att händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt HSL 11 kap 4§ får en fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvara för att fullgöra det ansvar som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering.

I Eslövs kommun finns en MAR utsedd. Då MAR i Eslöv har en tudelad tjänst som enhetschef för rehabilitering och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheterna inom sin verksamhet.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef enligt HSL, verksamhetschef och MAS har fastställts är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att förutsättningar finns för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra god och säker vård inkluderat att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Patientnämnden

Om patient eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan patienten vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienten i att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren.

De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom lagområdet Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I tillsynsuppdraget ingår handläggning av anmälningar som lex Maria.

IVO utreder endast allvarligare händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2011:19 gäller sedan 2012 och beskriver hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska beskriva hur de olika nivåerna i organisationen ska arbeta för att främja en hög patientsäkerhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser kring hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens kvalitetsdefinition är den ram som ska fyllas med innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter.

För att ta reda på vad som är kvalitet för respektive verksamhet måste en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter göras. Arbetet med kartläggning av lagar och föreskrifter måste pågå fortlöpande, då dessa förändras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur Vård och Omsorgs verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fort-bildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Åtkomstkontroller (loggar)
Enligt rutin ska chefer eller utsedda funktioner på olika nivåer göra åtkomstkontroller enligt fastställt intervall. Kontroller görs i verksamhetssystemen Life Care HSL modul och Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Inloggning med SITHS-kort. SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på internet såsom Pascal, Mina planer, nationell patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregistret Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD samt utfärdande av tandvårdskort.
- Behörighetsstyrning till patientjournalen. Arbete pågår löpande för att säkra upp att behörigheter inte är större än nödvändigt.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



- Regelbundna möten mellan MAS och legitimerad personal hålls. Mötesfrekvensen har under året ökat från två gånger per termin till en gång per månad. Mötenas innehåll har baserats på aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar.
- MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har regelbundna träffar varannan vecka för samtal kring patientsäkerhetsrelaterade frågor.
- MAS har under hela 2021 skickat ut informationsmail gällande covid-19 till de enhetschefer inom vård och omsorg som har personal i patientnära arbete. Frekvensen har varierat beroende på läget, men minst en gång per månad. Innehållet har gällt hur vi på ett patientsäkert sätt vårdar och skyddar sköra patienter under en pandemi.
- Enhetschef har regelbundna genomgångar av avvikelser tillsammans med arbetsgruppen. Avvikelsen diskuteras och åtgärder för att förhindra upprepning tas fram.

Adekvat kunskap och kompetens

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



- Webbaserad utbildningsplattform har införts för att underlätta för medarbetare att kunna tillgodogöra sig information vid tillfällen som passar dem. Enhetschef ska fortfarande ge förutsättningar för utbildning, men det kan ske med en individuell planering. I utbildningsplattformen finns det olika utbildningar som riktar sig till samtliga personalgrupper. Det finns en del utbildningar som är obligatoriska som t ex basala hygienrutiner, jobba säkert med läkemedelshantering och teoretisk förflyttnings-

och lyftteknik. Det finns även andra utbildningar som enhetschef kan begära att medarbetaren genomgår eller den enskilde själv välja att genomgå.

- Vård och omsorg arbetar med att ta fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa rätt kompetens på alla nivåer inom vård och omsorg framöver

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- *Samordnad individuell plan (SIP)*
Genom samordnad individuell plan (SIP) samverkar vårdgivare med den enskilde och vid behov med närstående. För att genomföra en SIP behövs den enskildes samtycke. Syftet med SIP är att identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen. Genom att genomföra SIP kan den enskilde tidigt erbjudas insatser, insatser kan samordnas och tydliggöras, för att möjliggöra en god och nära vård och socialtjänst av god kvalitet.
- *HSL pärm*
Varje patient som är berättigad kommunal hemsjukvård får en pärm, där bland annat ordinationer och vårdplaner och kontaktuppgifter finns lättillgängliga. Syftet med innehållet i pärmen är att all personal runt patienten ska ha lättillgänglig information för att kunna ge rätt och säker vård samt omsorg med god kvalitet. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och delaktig genom att ha sin aktuella planering och kontaktuppgifter lättåtkomligt i sin bostad.
- *Synpunkts-och klagomålshantering*
I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

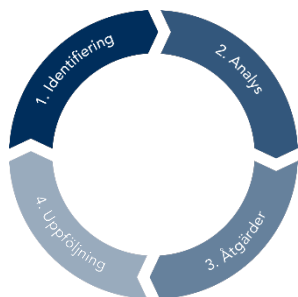
Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Stor personalomsättning i alla led, men främst bland sjuksköterskor, har skett i förvaltningen under de sista åren. Detta faktum i kombination med coronapandemin har medfört att det långsiktiga strategiska kvalitetsarbetet har fått stå tillbaka samt att egenkontroller utförts i otillräcklig omfattning.

Dock är förbättringsområden inom systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete identifierade i samband med avvikelser och utredningar under det gångna året. Åtgärder planerades under 2021 och åtgärder, egenkontroller och uppföljningar relaterade till dessa förbättringsområden, planeras in under 2022.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelsehantering

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. I samband med att avvikelse gällande hälso- och sjukvård inträffar ska alltid legitimerad yrkesutövare kontaktas för bedömning om akut åtgärd.

Alla avvikelser ska dokumenteras i Vård och Omsorgs avvikelssystem. Händelserna utreds i verksamheten, en första utredning görs alltid av chef. Första bedömning och identifiering av vad, varför och vem ska göras inom fem dagar och hela utredningen ska i normalfallet vara klar inom en månad. Legitimerad personal utreder händelser som delegerad personal utfört och enhetschefer för sjuksköterskor respektive rehabilitering utreder avvikelser som gäller legitimerad personal. Allvarliga händelser utreds av MAS som beslutar om anmälan enligt lex Maria till IVO.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma muntligt eller skriftligt. Den som mottar klagomålet eller synpunkten, oavsett hur den inkommit, för in det i avvikelssystemet. Enhetschef ansvarar för utredning och svar till den som lämnat klagomål eller synpunkt. Är allvarlighetsgraden 3-4 lämnas klagomålet till MAS för vidare utredning.

Klagomål och synpunkter som kommer via IVO eller patientnämnd förs in i avvikelssystemet av MAS eller MAR. MAS eller MAR beslutar om allvarlighetsgrad. Är allvarlighetsgraden hög

utredning MAS eller MAR händelsen, bedöms allvarlighetsgraden som lägre skickas händelsen till chef för utredning.

Oavsett hur klagomål eller synpunkt inkommit ska svar ges så snart som möjligt, dock senast efter fyra veckor. Tar en utredning längre tid ska kontakt tas med den som inkommit med klagomålet med information om att längre tid krävs för utredning.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång/år	PPM-databasen (ppm – punktprevalensmätning)
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/år	PPM databasen
Avvikelse	1 gång/år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång/år	PPM-databasen, Senior alert
Enhetscheferna upplevelse av arbete med patientsäkerhet	1 gång/år	Enkätverktyg

Vårdskador

MAS har under året utrett en allvarlig risk för vårdskada i äldreomsorgen enligt Lex Maria som anmälts till IVO. Vårdskadan har hanterats och utretts skyndsamt.

Händelse:

Omvårdnadspersonal utan delegering kopplar bort dropp från central infart och spolar med kranvatten. Omvårdnadspersonal gör detta då hen känner sig stressad och patient och anhöriga kräver att hen ska utföra detta. Ärendet anmäls till IVO. IVO beslutar om att inga åtgärder tas mot individ, men de anser att det finns ett systemfel i händelsen.

Åtgärd:

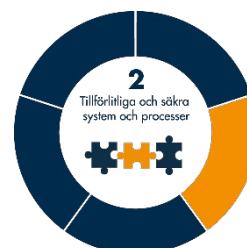
- På delegeringsutbildningar diskuterar man hur omvårdnadspersonal ska agera när de känner sig osäkra.
- Egenkontroll ska genomföras gällande hur trygga omvårdnadspersonalen känner sig när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter

Med dessa åtgärder avslutar IVO ärendet

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Läkemedels-genomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.



Basala hygienrutiner

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en mycket angelägen patientsäkerhetsfråga. Särskilt under en pågående pandemi. Under 2021 har personalen fått information gällande basala hygienrutiner och klädregler samt i hur den rekommenderade skyddsutrustningen hanteras på ett säkert sätt. Förutom deltagande i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner så kommer egenkontroll i följsamhet av basala hygienrutiner att implementeras under 2022.

Delegeringar

Delegering ska ske när det underlättar för patienten att få en god och säker vård. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Hälso- och sjukvårdens delegering försvåras när rätt grundkompetens saknas hos vårdpersonal och när personalomsättningen är stor. Alla delegeringar kräver en ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och när hen slutar måste ersättaren försäkra sig om personalens kunskaper och kompetens innan ny delegering kan utfärdas. Delegering är en tidskrävande process, men det är väldigt viktigt att alla steg genomförs och att den legitimerade personalen känner sig säkra på kunskapsnivån hos den som ska delegeras. Det blir en stor patientsäkerhetsrisk om personal som saknar kunskap genomför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid utgången av 2021 fanns inom Vård och Omsorg 1881 delegerade arbetsuppgifter fördelade på 1190 omvårdnadspersonal. Enligt författningar gällande delegering ska legitimerad personal, inom vård och omsorg oftast en sjuksköterska, ansvara för att den delegerade omvårdnadspersonalen har en tillräcklig kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Den legitimerade personalen har dessutom ett uppföljningsansvar där man regelbundet ska följa upp den delegerades kunskapsnivå. Uppföljningen ska ske minst en gång per år. Med 1190 medarbetare delegerade så innebär detta att varje sjuksköterska har mellan 30 och 50 omvårdnadspersonal att delegera samt följa upp.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



- **Låg kontinuitet**

Den låga kontinuiteten av legitimerad personal generellt i vård- och omsorg leder till sämre följsamhet till riktlinjer, svårighet att upprätthålla förtroende och trygghet hos patienter samt att kompetens går förlorad. Med en kartläggning av arbetsmiljöfaktorer och kunskap samt riktade långsiktiga kompetensåtgärder finns en förhoppning om att vända trenden.

- **Hälso- och sjukvårdskompetens**

Omvårdnadspersonal med ibland ganska låg hälso- och sjukvårdskunskap förväntas utföra relativt avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De förväntas även göra detta väldigt självständigt i patientens hem. Inom LSS finns ett behov av att anställa pedagoger, men samtidigt har Vård och Omsorg ett lagstadgat hälso- och sjukvårds ansvar inom detta område. Med fler anställda pedagoger kommer vi ännu längre bort från hälso- och sjukvårdskunskapen. Det långsiktiga arbetet för att kartlägga och anställa

sjukvårdskompetens måste även innefatta denna del. Då det är svårt att rekrytera de sjuksköterskor som det finns behov av så har under 2021 undersköterskor anställts inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De arbetar enbart med hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har en högre hälso- och sjukvårdskompetens och kan därmed på ett säkert sätt avlasta sjuksköterskorna med en del arbetsuppgifter.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Nytt avvikelssystem har införts under 2021. Detta innebär ett förändrat arbetssätt i förvaltningen där fokus ligger på att skapa åtgärder för att förhindra upprepning samt att utvärdera dessa åtgärder. Riskanalyser kommer att göras fortlöpande relaterat till avvikelser och processer. På grund av pandemin har inte detta arbetssätt ännu inte fullt ut anammats. Fortsatt arbete med detta ska ske under 2022. MAS har utfört riskanalyser utifrån de utredda allvarliga händelser som rapporterats in, läkemedelshantering och coronapandemi.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vård och Omsorg är anslutet till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD-registret och Palliativ registret. Nationella kvalitetsregister används för förbättringar i patientvården genom systematisk riskidentifiering, insättning av åtgärder, utvärdering av åtgärder och utvärdering. Genom ett strukturerat teamarbete kan risker identifieras tidigt och åtgärder sättas in.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta förebyggande med vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Genom individuella riskbedömningar tas åtgärder fram och uppföljningar planeras in. I Senior Alert systematiseras det preventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. I nuläget görs registreringar i Senior Alert enbart på vård- och omsorgsboende.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	253	88%	91%	98%	70%	39	94	60	84
		369 av 420	334 av 369	361 av 369	272 av 388	26 personer	personer	23 personer	personer
Trycksår		32%	92%	98%	74%				
		134 av 420	123 av 134	131 av 134	108 av 145				
Undernäring		47%	93%	97%	69%				
		196 av 420	182 av 196	190 av 196	148 av 216				
Fall		70%	96%	99%	70%				
		293 av 420	282 av 293	291 av 293	216 av 307				
Munhälsa		38%	89%	98%	74%				
		159 av 420	142 av 159	156 av 159	119 av 160				

Resultatet av 2021 års mätningar visar att 253 unika personer riskbedömts. I 88 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 98 procent av fallen med funnen risk har en åtgärdsplan satts. I 70 procent av fallen finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd. Detta är inte ett tillräckligt bra resultat, men dock något bättre än 66 procent 2019.

Då grundtanken i ett förbättringsarbete är att en risk ska identifieras, åtgärdsplan ska sättas in och åtgärder ska följas upp och eventuellt justeras, så är det ett problem att uppföljningsdelen enbart utförs i 70 procent av riskbedömningarna så här är en viktig utvecklingsdel under 2022.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning, men det har ännu inte funnits utrymme för detta. MAS har haft samtal med verksamhetschef för ordinärt boende och för funktionsnedsättning och de ska meddela MAS när verksamheterna är redo för uppstart. Under 2021 har den största anledningen till att detta inte hänt varit den pågående pandemin. Det har under rådande förutsättningar inte funnits någon möjlighet till att införa något nytt.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2021 visar att 26 personer har 39 trycksår. Detta är en stor förbättring mot 2020 då 39 patienter hade 53 trycksår och vi är tillbaka till 2019 års nivåer då 26 patienter hade 33 trycksår.

Av 2021 års resultat kan vi se att 30 sår uppkommit i egen verksamhet, fyra i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och i fem fall är det oklart var såret uppkommit. Detta visar att antalet sår i egen verksamhet minskat från 41 år 2020 till 30 år 2021, men vi är fortfarande långt ifrån 2019 då enbart 19 trycksår som uppkommit i egen verksamhet.

Nu är inte alla trycksår nya för 2021 då de flesta av dem som vi har nu uppkom under ökningen 2020. Det är dock viktigt att vi fortsätter ett prioriterat arbete med att motverka trycksår. Att förhindra uppkomst av trycksår är grundläggande i omvårdnadsarbetet.

För den som drabbas av trycksår innebär detta ett stort lidande. I de allra flesta fall går det att förhindra att trycksår uppkommer och därför räknas alltid trycksår som vårdskada. Att mäta och följa trycksårsförekomst är därför en viktig del i ett strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Kategori	Beskrivning	Antal i riskbedömning	
1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	2021 23	2020 31

2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	11	13
3	Fullhudsskada; sår där subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	3	5
4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	2	4

Vanliga åtgärder är:

- Minska nattfasta till max 11 timmar
- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
- Mellanmål
- Hjälpmedelsförskrivning
- Hudvård
- Regelbundna lägesändringar
- Kroppspositionering i säng/stol
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Berikning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

Sedan 2019 har Vård och Omsorg arbetat enligt MAS riktlinje för nutrition som bygger på Socialstyrelsens rekommenderade sätt att arbeta med nutrition. Under 2019 och 2020 har vi haft en pandemi där mycket resurser gått till att hantera den. Vi kan ändå se en tydlig förbättring från 2020 till 2021, men det är ännu för tidigt att dra några säkra slutsatser. Arbetet kring nutrition kommer fortsatt att vara prioriterat under 2022.

År	BMI mindre än 22 Antal personer	Ofrivillig viktninskning Antal personer
2019	96	115
2020	98	132
2021	94	107

En av de vanligaste orsakerna till undernäring som uppges är mer än 11 timmars dygnsfasta. Då detta gäller patienter på vård- och omsorgsboende är dygnsfastan något verksamheten i hög grad styr över. Ingen kan tvinga någon att äta, men verksamheten styr över när mat erbjuds, hur maten ser ut och hur mycket motiverande arbete som görs för att få alla att äta. Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar.

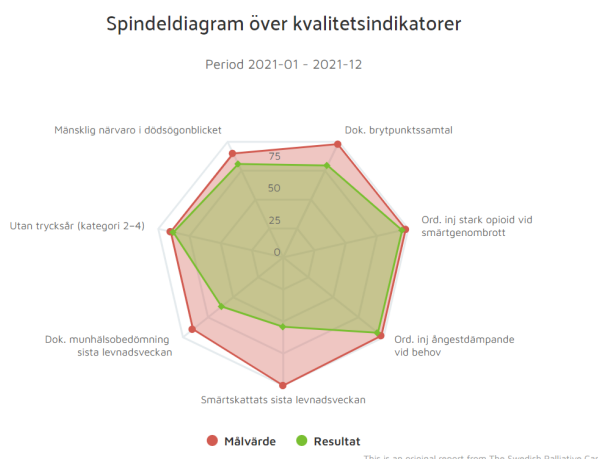
Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste orsakerna till undernäring och det krävs nu ett nytt arbetssätt som säkerställer att ingen har 11 timmars nattfasta. En egenkontroll gällande detta kommer att genomföras under 2022.

Munhälsa

I 2021 års mätningar har 84 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. 2020 års mätning visade ungefär det samma med 85 personer. Förutom att det ger smärta med munhälsoproblem så hänger det kraftigt samman med undernäring. Att äldre har en så god mun och tandstatus som möjligt är viktigt. Under först 2020 och sedan 2021 planerades en större utbildningsinsats för omvårdnadspersonal gällande mun och tandvård. Denna fick tyvärr ställas in båda åren på grund av pandemin.

Palliativ vård

Det är viktigt för både patient och anhöriga att vården i livets slut blir god. Syftet med palliativregistret är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos eller vårdgivare. Genom att föra in svar på frågor kring varje avlidne patient visas det i diagram hur den palliativa vården kopplat till Socialstyrelsens indikatorer kring palliativ vård bedrivs. Socialstyrelsen upprättar viktiga indikatorer som vårdgivaren ska mäta mot och de anger också ett målvärde som ska uppnås. För att statistiken ska vara helt tillförlitlig ska antalet inrapporterade dödsfall ligga på minst 70 procent. Eslövs kommun ligger på 63 procent. Det är inte enbart sjuksköterskorna i Eslövs kommun som brister i denna registrering. Redovisningen bygger på samtliga till Skattemyndigheten inrapporterade dödsfall per kommun. Detta innebär att samtliga vårdgivare måste hantera registreringen korrekt för att uppnå 100 procent.



Sedan 2017 har Eslövs kommun arbetat extra med kvalitetsindikatorerna smärtskattning och munhälsa. Detta är indikatorer som gäller omvårdnad och alltså ligger under sjuksköterskans direkta ansvarsområde.

Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)	Värde 2020 mot målvärde (%)	Värde 2021 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62	51	54
Munhälsa	45	65	60	59	62

En nedåtgående trend ses sedan uppgången 2018. Värdena är fortsatt bättre än vid start 2017 och en viss uppåtgående trend kan ses. Detta kräver dock ett fortsatt fokus under 2022.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnsvärigheter. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för framför allt personen med demenssjukdom, men också för närstående. Syftet med BPSD registret är att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Arbete med BPSD-registret sker på vård- och omsorgsboende, men framför allt på Kärråkra demensboende.

Det sker ett stort arbete med BPSD registreringar och det tas fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat som fås från mätningarna. De låga poäng som fås i andra mätningarna visar på bra resultat av de handlings- och bemötandeplaner som tas fram för individen.

Rikssår

Beslut har fattats inom Vård och Omsorg att gå in i det nationella kvalitetsregistret Rikssår under 2020. Tyvärr gick det då inte att införa på grund av pandemin. Inte heller under 2021 har det funnits möjlighet att starta upp arbetet med Rikssår.

Basala hygienrutiner

Vård och Omsorg deltog under våren 2021 i SKR:s årliga punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler. Då att förhindra smittspridning var ett av de viktigaste områdena inom patientsäkerhetsarbetet under pandemiåret 2021 så är detta en viktig indikation på efterlevnad av basala hygienrutiner.

Vård och Omsorg hade i mätningen våren 2020 gått från att endast 18 procent hade korrekt utfört i alla åtta steg till att på hösten samma år ha 62 procent i samtliga åtta steg korrekt utförda. Under våren 2021 så ligger vård och omsorg kvar på 62 procent. Givetvis hade vi hoppats på ytterligare förbättringar. Medianen för riket ligger på 68 procent.

Vad	Eslövs värde (%) 2019	Eslövs värde (%) Våren 2020	Eslövs värde (%) Hösten 2020	Eslövs värde (%) Våren 2021	Riket (%) Våren 2021	Riket (%) Hösten 2020
<i>Basala hygienrutiner</i>						
Korrekt användning av förkläde	85	83	88	95	92	89
Korrekt användning av handskar	95	98	98	99	98	98
Desinfektion av händer efter	82	81	88	92	94	95
Desinfektion av händer före	48	18	68	71	82	75
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	45	18	62	64	74	68

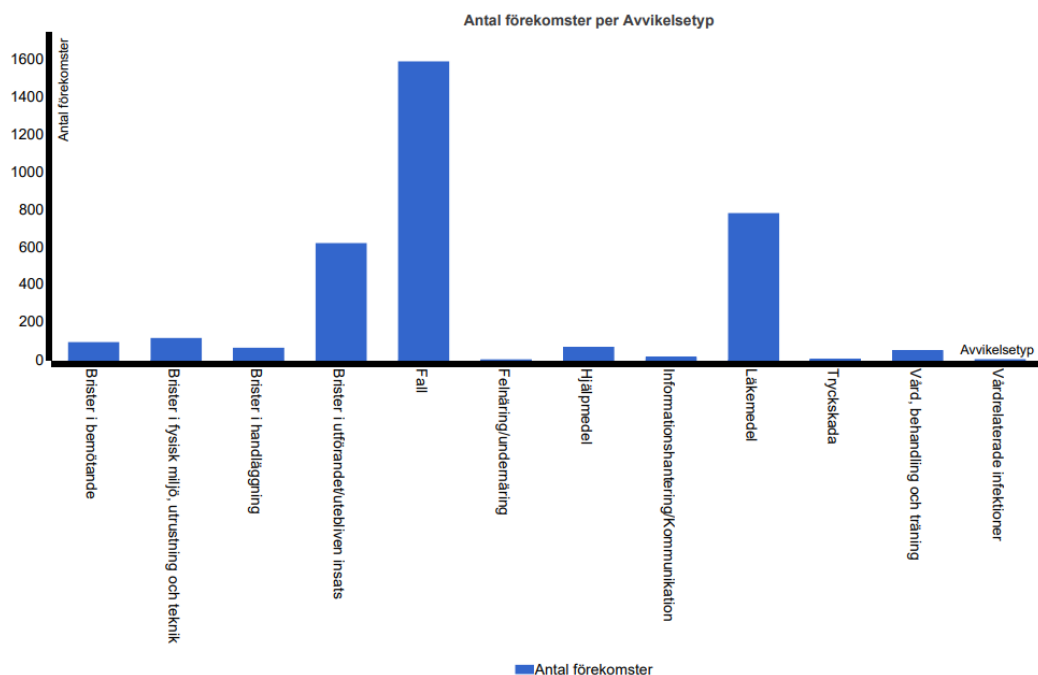
<i>Klädregler</i>						
Kort/uppsatt hår	100	98	100	95	99	99
Korta rena naglar	98	100	99	100	98	98
Fria armar	95	94	98	96	98	98
Korrekt arbetsdräkt	100	100	100	100	98	98
Samtliga fyra korrekt klädregler	95	92	98	92	92	93
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	45	18	62	62	68	64

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Hälso-och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av rapporterade händelser är respektive chef som beslutar om fortsatt hantering av händelsen. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som utreder avvikelsen vidare. Om utredningen visar att det handlar om risk för allvarlig vårdskada eller en allvarlig vårdskada anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. I december 2020 infördes ett nytt avvikelsesystem inom Vård och Omsorg. I samband med detta införande reviderades avvikelseprocessen, ansvarsroller tydliggjordes och samtlig personal erbjöds utbildning.

Avvikelsestyp	Brister i bemötande	Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik	Brister i handläggning	Brister i utförande/utebliven insats	Fall	Felnäring/undernäring	Hjälpmedel	Informationshantering/Kommunikation	Läkemedel	Tryckskada	Vård, behandling och träning	Vårdrelaterade infektioner	Antal
Antal	97	119	67	625	1 594	5	72	18	785	9	54	6	3 451



Då ett nytt avvikelssystem börjat användas under 2021 och de rapporterna inte ser riktigt likadana ut så går det inte rakt av att jämföra statistiken. En stor fördel nu framför det tidigare systemet är att det går att särskilja avvikelser som berör HSL. Anledningen till det kraftigt minskade antalet avvikelser jämfört med tidigare år, är att det nu enbart redovisas avvikelser som berör HSL. Under 2021 har det anmälts 3451 avvikelser, detta jämfört med 2020 då 4103 avvikelser redovisades.

Avvikelser läkemedel och fall

	2021	2020	2019	2018	2017
Läkemedel	785	932	1328	1546	1504
Fall	1594	1481	1958	1784	1819

Läkemedel

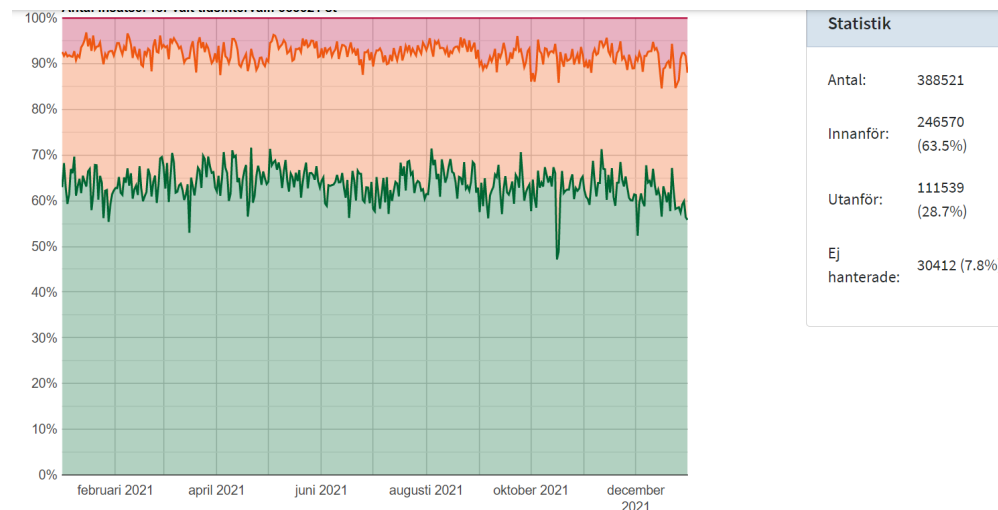
Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination korrekt utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt sedan dess. Andelen avvikelser gällande läkemedel har sjunkit med 49 procent sedan 2018. Trots en fortsatt hög andel avvikelser gällande läkemedel så har införandet av digital signering visat sig vara en bra kvalitetshöjning för patienten som nu i betydligt högre grad får sina hälso- och sjukvårdsordinationer utförda vid rätt tillfälle.

Digital signering fungerar i realtid. Detta ställer stora krav på den legitimerade personalen för att se till att signeringslistor är korrekta och omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig instruktion ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser.

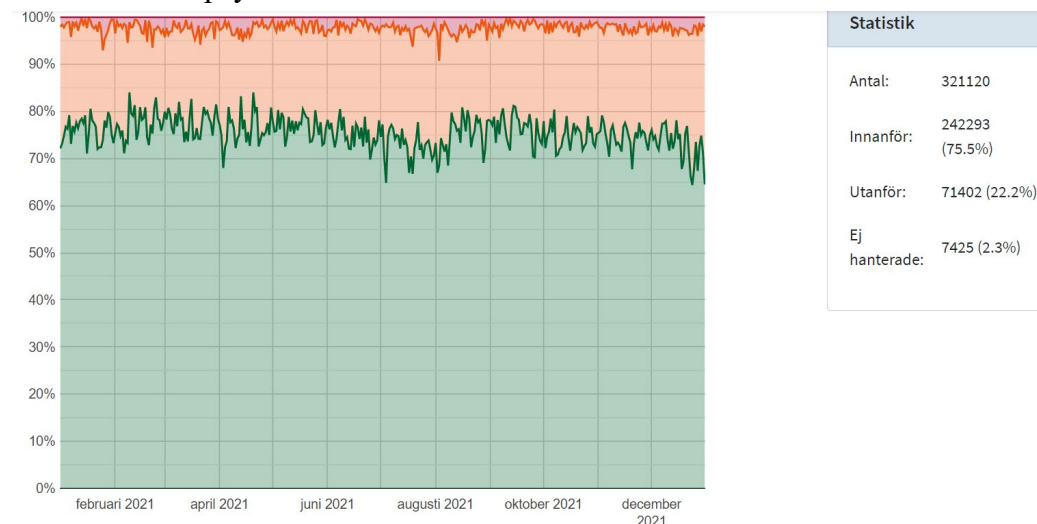
Bedömningen är att avvikelser som tidigare varit ett mörkertal nu dokumenteras då bristen syns direkt i det digitala systemet. Därför har vi en större minskning av de ursprungliga avvikelserna än vad vi kan se, men vi har däremot fått till nya sorters avvikelser gällande läkemedel. Ett fortsatt arbete pågår för att även komma tillrätta med dessa avvikelser.

Konstateras kan att 79 procent av ordinationerna utförs korrekt inom vård- och omsorgsboende, 76 procent inom LSS och socialpsykiatri och 63 procent inom hemvården utförs korrekt. Vård och Omsorg hanterade nästan 1,5 miljoner ordinationer under 2021. Av dessa utfördes 1,1 miljoner ordinationer helt korrekt. Tyvärr finns det en viss minskning av korrekt utförda ordinationer mellan 2020 och 2021. Detta ses framför allt inom hemvården. Detta kan bero på mycket sjukdom och mycket vikarier under pandemiåret 2021. Enhetschefer får vidare analysera vad som hänt så att trenden inte fortsätter.

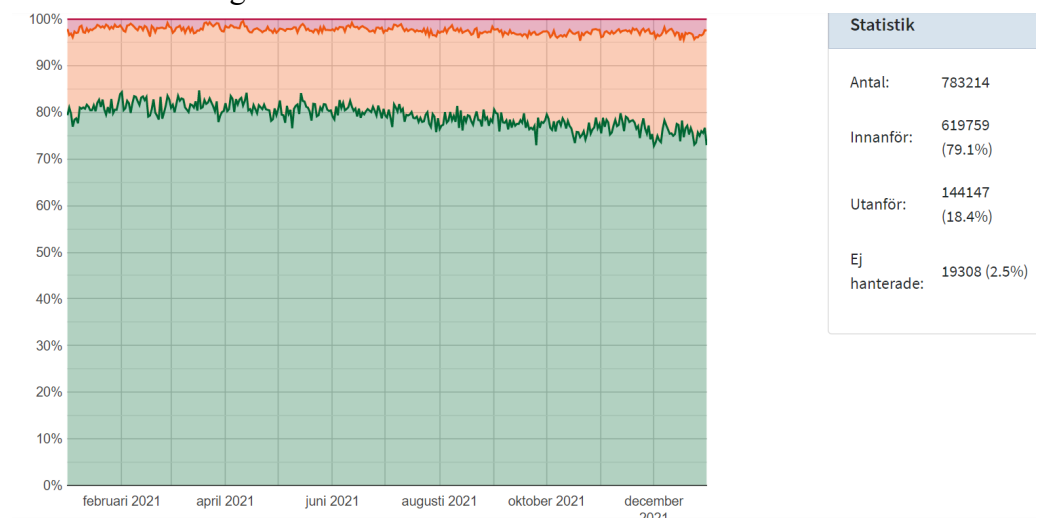
Hemvården



LSS och socialpsykiatri



Vård- och omsorgsboende



Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Inom vård och omsorg har vi låsbara läkemedelsskåp på vård och omsorgsboende samt inom LSS. Det saknas dock säkra nyckelrutiner för dessa skåp vilket gör att läkemedelsskåpen inte kan betraktas som oåtkomliga för obehöriga. Inom ordinärt boende har vi inga låsbara läkemedelsskåp. Genom att inte säkra upp för att läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga så bryter Vård och Omsorg mot socialstyrelsens författning. Upphandling av läkemedelsskåp med digitalt lås pågår och i slutet av 2021 har det slutligen beslutats att upphandling ska ske med införande av läkemedelsskåp med digitalt lås under våren 2022.

Fall

Då MAR avslutade sin tjänst i Eslövs kommun under 2021 har det inte funnits utrymme att under året genomföra ett analysarbete gällande fall under 2021. MAR kommer att anställas i Eslövs kommun under våren 2022.

Resultat av arbetet med avvikelser

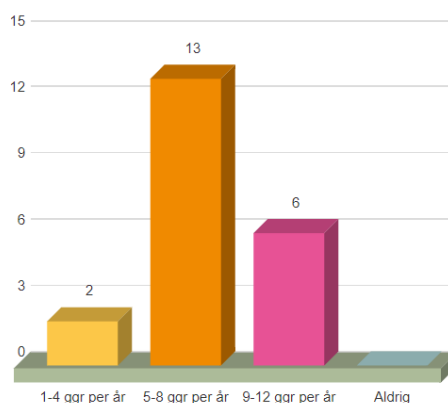
Enligt MAS riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 5-8 gånger per år, men en hög andel tar upp frågan 9-12 gånger per år. Det finns dock några enhetschefer som inte tar upp detta mer än 1-4 gånger per år. Samtliga tar dock upp frågan minst en gång per år. Här finns en förbättringspotential då återkoppling till medarbetargruppen, som skrivit avvikelserna, är oerhört viktig. Samtalet med medarbetargruppen kring avvikelser är grunden till det förbättringsarbete som avvikelserna ska leda till.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen kring avvikelser (en episod på 10 min krävs för att det ska räknas som en gång) under 2021?



Namn	Antal	%
1-4 ggr per år	2	9,5
5-8 ggr per år	13	61,9
9-12 ggr per år	6	28,6
Aldrig	0	0
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



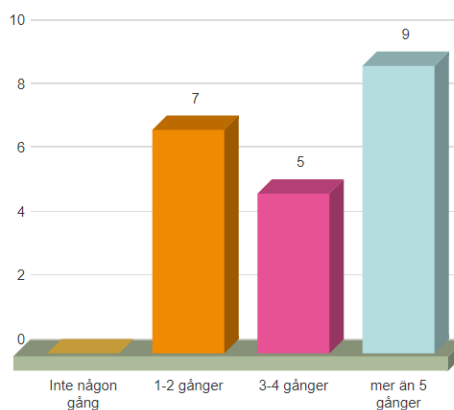
Enhetscheferna upplever ändå till stor del att verksamheten utvecklas genom arbetet med avvikelser. Samtliga enhetschefer rapporterar att någon gång under året så har arbetssätt förändrats som ett resultat av arbetet med avvikelser.

Hur många gånger har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?



Namn	Antal	%
Inte någon gång	0	0
1-2 gånger	7	33,3
3-4 gånger	5	23,8
mer än 5 gånger	9	42,9
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

- bättre följsamhet till riktlinje/rutin
- ökat teamsamarbete
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- tydliggöranden i rutiner så att inget kan missförstås
- nya rutiner som man upptäckt saknades
- bättre individanpassade insatser för brukarna

Klagomål och synpunkter

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

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.



Vård och Omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa kunskap och kompetens till verksamheterna framöver. I detta arbete förekommer också ett arbete med att fördela arbetsuppgifter på ett bra sätt. En del i detta är att avlasta de legitimerade grupperna med undersköterskor. I och med att dessa undersköterskor arbetar nära den legitimerade personalen så blir det lättare för dem att utbilda undersköterskor samt följa upp utförda uppgifter. Tanken att alla ska kunna göra allt behöver åter prövas i takt med allt mer avancerad hälso- och sjukvård kommer

att bedriva i hemmet framöver. Att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mer utbildning än vad som kan ges i delegeringssituationer.

Mål och strategier och utmaningar för kommande år

Efter två år med pandemi finns det mycket utmaningar gällande det långsiktiga och strategiska patientsäkerhetsarbetet. Det gäller att de närmaste åren prioritera vad som är viktigast att börja med så att det blir kvalitet även i utvecklingsarbetet. Många saker har trots pandemi påbörjats och måste fortsätta och vidareutvecklas.

- Att mäta resultat via egenkontroller har påbörjats, men behöver utvecklas och det måste finnas en tanke kring vilka områden som vi utövar egenkontroller på.
- Den höga omsättningen bland sjuksköterskor och att verksamheten i så hög grad som den gör, bemannas med bemanningssjuksköterskor är ett problem för utvecklingen av ett strategiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete. Den legitimerade personalen är grunden i detta arbete och för att nå bra resultat så behövs en stabil grupp.
- Grunden för patientsäkerhetsarbetet under 2022 kommer att vara Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2021-2024 ”Agera gör säker vård”.
- Det gemensamma arbetet med region Skåne gällande God och Nära vård kommer också att vara en viktig del.

Mål för 2022

Mål	Metod	Mätning
Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner	• Utbildning via webbplattform • Nyuppstart av hygienombud	• SKR:s ppm basala hygienrutiner • Egenkontroller
Utveckling av journalgranskning	• Kollegiala granskningar	• Kollegers bedömning • MAS och MARs granskning av slumpvis utvalda journaler
Kvalitetsarbete gällande nutrition	• Genomgång av MAS riktlinje nutrition • Använda socialstyrelsens material • Kvalitetsregistret Senior Alert	• Journalgranskning • Följa resultat i senior Alert • Egenkontroll
Minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antal sår	• Utbildning • Kvalitetsregistret Senior Alert	• Följa resultat i senior Alert • Egenkontroll
Validerad smärtskattning ska finnas regelbundet dokumenterad i patientjournalerna hos alla patienter med palliativ vård	• Information • Utbildning om det behövs	• Kvalitetsregistret Palliativregistret • Journalgranskning
Munhälsobedömning enligt ROAG ska finnas regelbundet dokumenterad i patientjournalerna hos alla patienter med palliativ vård.	• Information • Utbildning om det behövs	• Kvalitetsregistret Palliativregistret • Journalgranskning
Lokala vårdprogram inom rehabilitering	• Inventering av behov • MAR fördelar ansvar	• Färdigskrivna publicerade vårdprogram