



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Omsorgsförvaltningen, Sotenäs kommun 2021

Antaget i Omsorgsnämnden 2022-03-03



## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas finns beskrivet i kommunens [ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#). Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse är den årliga uppföljningen av det arbetet. Här beskrivs resultat av uppföljningar och kontroller samt fokusområden för framtiden.

*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.

I bilden nedan beskriver den inre cirkeln fyra grundläggande förutsättningarna för att kunna bedriva kvalitets och patientsäker vård och omsorg. Den yttre cirkeln ringar in fem prioriterade fokusområden.



Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

## Innehåll

Inledning .....	2
SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar .....	5
En god säkerhetskultur .....	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	7
Den enskilde som medskapare.....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	7
1. Öka kunskap om inträffade skador inom vård och omsorg .....	7
2. Tillförlitliga och säkra system och processer .....	8
3. Säker vård här och nu .....	8
Riskhantering.....	9
4. Stärka analys, lärande och utveckling .....	9
Avvikelser.....	9
Rapporter enligt Lex Sarah .....	10
Klagomål och synpunkter .....	11
Internkontroll.....	11
Öppna jämförelser.....	12
Nationella kvalitetsjämförelser .....	12
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	12
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR .....	13



## SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Under 2021 har patientsäkerhetsarbetet i hög grad fokuserats på den pågående pandemin. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att vårdtagare/de enskilda och medarbetare insjuknar i covid-19.

Extra utbildningsinsatser i basala hygienrutiner och klädregler har utförts i samverkan med Vårdhygien, Västra Götalandsregionen (VGR). Rutiner från Vårdhygien och Smittskydd i VGR kom fortlöpande och reviderades många gånger under året. Enhetscheferna i verksamheten arbetade intensivt med att försöka få medarbetarna att känna sig trygga i sitt dagliga arbete, i en situation som ingen var van vid.

Regelbundna samverkansmöten tillsammans med Vårdhygien och Smittskydd i VGR har bidragit till ökad samverkan och strukturerad informationsöverföring. Sotenäs kommun har haft få antal smittade av covid-19 under året och medarbetarnas följsamhet till gällande rutiner avseende vårdhygien samt skyddsutrustning har varit god sett ur detta perspektiv. I februari sågs ett utbrott inom ett hemtjänstområde med extern utförare men smittspridningen kunde snabbt ramas in och begränsas i samverkan med smittskyddsläkare.

Folkhälsomyndigheten satte fokus på att skydda de äldre i samhället och under januari påbörjades vaccination mot covid-19 för personer i Fas 1 samt deras hushållskontakter. Sotenäs kommun har sedan under året följt de prioriteringsordningar för vaccin som upprättats av Folkhälsomyndigheten.

Under tidig vår påbörjades även storskalig vaccination av medarbetare inom kommunens vård och omsorg. Detta utfördes av en extern aktör. De enskilda på kommunens särskilda boende erbjöds även ett högdosvaccin mot årets säsongsinfluensa enligt riktlinje från Smittskydd, VGR.

Den första maj infördes ett nytt verksamhetssystem, Combine, för omsorgsförvaltningens verksamheter samt även ett nytt system för avvikelshantering, DF Respons. Under året har rutinen för hantering av avvikelser och tillbud gällande hälso- och sjukvård uppdaterats med ett klart fokus på att se lärandet i händelser av avvikelser eller risk för avvikelser för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Arbetet med att införa digitala läkemedelsskåp har under hösten påbörjats på en pilotavdelning på särskilt boende för äldre.

Utvärderingen av höstens tvärprofessionella teamträffar visar på behov av logistiska förändringar för att samtliga deltagare ska kunna närvara. Arbetsplatsträffar krockade med planerade teamträffar varför uppslutningen begränsades. Genom en synkronisering av de planerade arbetsplatsträffarna förväntas detta åtgärdats till 2022.

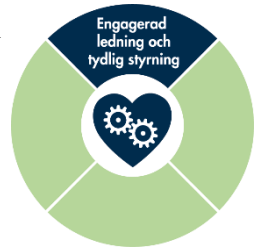


## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG

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 och omsorg är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvård och socialtjänst på alla nivåer.



### Övergripande mål och strategier

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

Lagar och föreskrifter styr förvaltningens arbete. Utöver dessa tar omsorgsnämnden årligen fram politiska mål för verksamheten att nå. Dessa återfinns på kommunens hemsida. Målen utgår från den politiska programförklaringen. Omsorgsförvaltningen har sedan till uppdrag att bryta ner målen till aktiviteter som verksamheterna ansvarar för att arbeta med under kommande år. Dessa rapporteras i samband med budgetuppföljningar. Genom olika styrdokument regleras hur arbetet ska utföras och hur målen ska nås. Utifrån lagar, föreskrifter och kommunala mål framtas styrande dokument i verksamheterna för att säkerställa att kvaliteten uppnås.

### Organisation och ansvar

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

Beskrivning av organisation och ansvar återfinns i kommunens [ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#).

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i VGR reglerar samverkan och ansvar för den enskilde som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Samverkan sker bland annat inom följande områden:

- Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård
- Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

- Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård
- Närsjukvårdsmöten sker utifrån vårdssamverkansmodell
- Samverkande sjukvård
- Apoteket, granskning av läkemedelshantering
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelsnära produkter

Det är välfungerande processer när samtliga huvudmän har möjlighet att ta ansvar för sin del i processen och överenskommelsen. Avvikelser gentemot andra vårdgivare hanteras i avvikelssystemet MedControl. Åtta avvikelserapporter har skickats till VGR under 2021, framförallt är det avvikelser som handlar om brister i informationsflödet vid mottagande av den enskilde till korttidsenheten. Antalet kunde ha varit fler om sjuksköterskorna kunnat prioritera denna arbetsuppgift. Två avvikelser har skickats från regionen till kommunen även här handlar det om informationsflödet.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom kommunens socialtjänst och hälso-och sjukvård finns rutiner för säkerhet och struktur för informationshantering avseende journalföring och utredningar med mera. Förvaltningen har en upprättad rutin för kontroll av åtkomst till personuppgifter i förvaltningens verksamhetssystem. Tillgång till journalhandling mellan lagrum begränsas av verksamhetssystemet. Systemadministratörer gör systematiska loggkontroller och kontroller på förekommen anledning. Svårigheter i kontrollen uppstår då medarbetare arbetar över verksamhetsgränserna, vilket medför svårigheter att kontrollera behörigheter. Inga otillbörliga loggningar har framkommit vid kontroll under året 2021.

### En god säkerhetskultur

Under 2021 har enhetschefer inom omsorgsförvaltningen påbörjat arbetet med ett tillitsbaserat ledarskap. En god säkerhetskultur på arbetsplatsen är ett konstant pågående arbete där öppenhet och ett tillåtande klimat är viktiga faktorer. Kommunikation och ömsesidigt förtroende spelar också stor roll i arbetet inom verksamheten men även mellan professioner. Ytterligare en del av en god säkerhetskultur är reflektion och lärande. Att arbeta i team över professioner är en satsning där syftet i första hand är att identifiera risker för den enskilde men också att erbjuda möjlighet till lärande och reflektion hos medarbetarna.

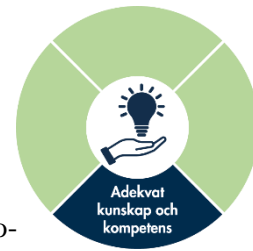


## Adekvat kunskap och kompetens

Omsorgsnämnden har under mandatperioden haft målet att minst 90 % av de som arbetar inom omsorgsförvaltningen ska ha adekvat kompetens vilket uppnåddes 2021.

Omställning till Nära vård kommer att innebära en förskjutning av vårdgivargränser och redan nu ser vi ett ökat krav på den kommunala hälso- och sjukvården. Multisjuka individer med ökat vårdbehov kommer att vårdas i hemmet. Av sjuksköterskorna inom den kommunala hälso- och sjukvården har minst 50% vidareutbildning, under 2021 påbörjade 3 sjuksköterskor vidareutbildningar.

Verksamheterna uppmärksammar även andra behov som kräver ytterligare kompetens hos medarbetarna, såsom missbruk och psykisk ohälsa. Inom socialpsykiatri i Sotenäs har personalen under 2021 påbörjat utbildning i Case Management (CM) med tillhörande metodhandledning. CM är ett arbetssätt där medarbetare utifrån ett bredare perspektiv arbetar med att hjälpa den enskilde med samordning av insatser, där den enskilde själv varit med att bestämma målen.



## Den enskilde som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Den enskilde och i förekommande fall närstående ska erbjudas delaktighet. Insatserna i vård och omsorgen blir säkrare om den enskilde är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Den enskilde uppmuntras att delta på planeringsmöten så kallade SIP. Så långt som möjligt utformas och genomförs vården i samråd med den enskilde utifrån dennes egenvårdsförmåga. En genomförandeplan upprättas tillsammans med varje enskild individ enligt rutin och omprövas regelbundet.



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

### 1. Öka kunskap om inträffade skador inom vård och omsorg

*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 den enskilde när resultatet av vård och omsorg inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för den enskilde ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Verksamhetssystemet för avvikelshantering är uppbyggt med strukturen för systematisk kvalitetsförbättring: identifiera, rapportera, händelseanalysera, åtgärda och utvärdera. I det nya verksamhetssystemet får den som anmäler en avvikelse automatiskt svar på utredningen.

## 2. Tillförlitliga och säkra system och processer

Under våren 2021 infördes ett nytt verksamhetssystem för dokumentation.

Den nya strukturen utgår ifrån nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer vilket är ett helt nytt sätt att dokumentera.

Dokumentationsutbildning har genomförts vid flera tillfällen under året för samtliga medarbetare. Fram till införandet har 3 superanvändare för hälso- och sjukvårdsdokumentation träffat motsvarande personer i Munkedal och Lysekil en gång i veckan. Den legitimerade personalen har haft flera strukturerade utbildningstillfällen för medarbetare. Det har även funnit möjlighet till individuell utbildning vid behov samt introduktion till sommarvikarier. För legitimerade medarbetare genomfördes i september en utbildning av en extern föreläsare i två dagar om hälso- och sjukvårdsprocessen, personcentrerad vård och dokumentation. Under 2020 genomförde IVO en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilt boende för äldre (SÄBO). Resultatet presenterades 2021 och visade bland annat på tydliga brister i journalföring. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i november visar att följsamhet till dokumentationsrutin brister. För legitimerade medarbetare är dokumentation ett utvalt förbättringsområde för 2022.



Under 2021 implementerades även ett nytt verksamhetssystem för avvikelserapportering, Digital Fox Respons (DF respons). Själva avvikelseprocessen i systemet är enkel men det blir en inkörningsperiod innan alla medarbetare (baspersonal, enhetschefer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor, utredare och MAS) i omsorgsförvaltningen lär sig att rapportera och utreda i ett nytt system. Detta är också ett förbättringsområde för 2022.

Årligen genomförs punktprevalensmätning av medarbetares följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Förvaltningsledningen beslutade under våren 2021 att samtliga enheter ska delta i mätningen. Mätresultatet under hösten 2021 blev 50%, utifrån detta har en handlingsplan skapats för 2022 eftersom vi har målet 100% följsamhet.

## 3. Säker vård här och nu

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





## Riskhantering

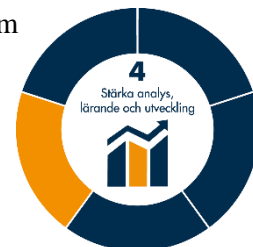
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Under pandemin har omsorgsförvaltningens medarbetare och chefer lärt sig riskanalysera dagligen till exempel vara uppmärksam på symtom för covid-19 både hos sig själv och den enskilde. Verksamheterna har även anpassat sig utifrån gällande rekommendationer, riktlinjer och rutiner för att upprätthålla patientsäkerhet. De har gjort riskanalyser och anpassat sina verksamheter utifrån rekommendationer och åtgärder. Till exempel inom LSS verksamheten har ett oväntat positivt resultat setts där den enskilde blev tvungen att anpassa sig till situationen med restriktioner på grund av covid-19 och som resultat av detta utvecklades den enskildes förmåga.

Under 2021 visade chefer och medarbetare handlingskraft och lugn i samband med den stora översvämningen under sommarens semesterperiod och igen när kommunens internetuppkoppling slutade att fungera. Utan internet försvann tillgången till journalhandlingar och insatsplanering. De enskilda fick sin vård och omsorg genom kreativa medarbetare med god kännedom om sina uppdrag och enhetschefer som fortlöpande riskanalyserade för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

## 4. 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.



## Avvikelser

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

Under 2021 har totalt 514 hälso- och sjukvårdsavvikelser skrivits, av dem var 81% fallavvikelser. Antalet registrerade fallavvikelser (419st) under 2021 är lägre jämfört med tidigare år (564st 2020, 562st 2019). Det är svårt att dra någon säker slutsats om varför. En orsak kan vara bytet av verksamhetssystem, en osäkerhet i registrering i ett nytt system skulle kunna resultera i färre registreringar. Fallen sker både i ordinärt- och i särskilt boende. Fallorsaken är ofta korrelerad till vilken problematik som den enskilde har. Vid bensörhet är det till exempel lättare att få fraktur. Riskförebyggande arbete sker teambaserat vilket innebär att alla yrkesgrupper blir involverade. Kvalitetsregister (senior alert) används som hjälpmedel för att identifiera risker och att sätta in åtgärder. Antihalksockor och rörelselarm är exempel på några åtgärder. En stor utmaning på demensenheter är att de enskilda inte alltid använder sig av de hjälpmedel som är utprovade, de glömmar lätt att balansen är nedsatt eller helt saknas.



Den elektroniska signeringen av givna läkemedel har resulterat i ökad patientsäkerhet genom att sjuksköterskan har fått en bättre överblick på den enskildes läkemedelshantering och delegerad personal kan lättare upptäcka glömda doser. Antal läkemedelsavvikelser 2021 var 95. Antal rapporterade avvikelser har minskat. Orsaken kan vara byte av verksamhetssystem som nämnts ovan eller det kan bero på att det elektroniska signeringssystemet i realtid identifierar och rapporterar brister i läkemedelshantering på individuell nivå. Återkommande avvikelser är utebliven dos, glömt att signera given dos, ouppmärksamhet vid överlämnandefasen, vilken påse som givits och tabletter som tappats. Under 2021 har sjuksköterskorna påbörjat arbetet med följsamheten till delegerat ansvar, ett arbete som fortgår in i 2022.

Antal läkemedelsdoser som överlämnats till den enskilde med övertaget läkemedelsansvar den 21 oktober 2021 var 1 032 st. Av dem var 89% givna i tid. Den genomsnittliga avvikelsen i tid var 12 minuter. 96% var signerade. Det innebär att 41 doser inte var signerade den dagen vilket borde ha resulterat i avvikelserrapporter. Under helåret 2021 registrerades 367 210 dostillfällen för läkemedel, 97% av dem var signerade.

Ingen utredning med svar till patientnämnd 2021.

Varken kommunens verksamheter eller de privata utförarna har 2021 registrerat någon hälso- och sjukvårdsavvikelse som bedömts behöva anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

## Rapporter enligt Lex Sarah

Under 2021 inkom 26 rapporter om missförhållanden inom omsorgsförvaltningen. Av dessa kom 21 från äldreomsorgen och berörde bl. a brister i insatser och bemötande, tekniska problem samt stöld. Avsikten med det nya rapporteringssystemet är att göra det enklare för verksamheterna att rapportera in brister. Två av anmälningarna, som avsåg SÄBO, har bedömts som allvarligt missförhållande och skickades i slutet av 2021 vidare till IVO. En gemensam och fördjupad utredning gällande de båda rapporterna skickas till IVO i början av 2022.

De privata utförarna har inte rapporterat några lex Sarah under 2021.

**Tabell 1: Fördelning av inkomna Lex Sarah-rapporter per verksamhet, 2021**

Verksamhet	Antal
Hemtjänst	6
Särskilt boende	15
Myndighetsutövning	4
Socialpsykiatri	1

**Tabell 2: Fördelning av inkomna Lex Sarah-rapporter per händelseområde, 2021**

Typ av händelse	Antal
Stöld	5
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik	4
Brister i utförande av insats	8
Brister i bemötande	4
Brister i rättssäkerhet	4
Övrigt	1

### Klagomål och synpunkter

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

Under 2021 inkom åtta ärenden inom ramen för förvaltningens hantering av synpunkter och klagomål, sju av dessa rörde hemtjänsten. Ett av klagomålen inkom från IVO och rörde LSS-verksamheten, då en anhörig anmält klagomål direkt till dem. Bedömningen är att betydligt fler synpunkter och klagomål framförts och hanterats av verksamheterna, men att de inte dokumenterats enligt rutinen för hantering av synpunkter och klagomål.

### Internkontroll

Internkontrollplanen för 2021 innehöll sex antagna kontrollområden. Av dessa sex områden framgick att tre bedömdes fungera. Dessa var (1) Utbetalningar, (2) Diarieföring och (3) Lönekostnader.

Följande punkter bedömdes ha behov av förbättring, varför de återfinns i interkontrollplanen för 2022:

- Nämndens styrande verksamhetsmål
- Målstyrning
- Genomförandeplaner

I internkontrollplanen för 2022 finns även följande kontrollpunkter:

- Kreditering av kundfakturor
- Processen kring delegationsbeslut
- Beslutade klimatlöften
- Användning av R-turer
- Följsamhet gällande basala hygienrutiner

## Öppna jämförelser

Socialstyrelsen tar fram indikatorer som belyser olika kvalitetsaspekter för den enskilde brukaren inom socialtjänsten. Indikatorerna grundas i tillgänglig kunskap. De anger en önskvärd riktning, är relevanta för verksamheterna och resultaten ska vara påverkbara för kommunen eller utföraren används för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på olika nivåer

I öppna jämförelser 2021 framgår bl. a att förvaltningen har rutiner för intern samverkan och arbetar systematiskt med standardiserade bedömningsinstrument och utredningar samt uppföljningar utifrån IBIC. Däremot saknas överenskommelser för samverkan med externa aktörer, metoder för att förbättra brukarinflytande samt systematisk uppföljning och utvärdering av arbetet i verksamheterna.

Andra exempel från Sotenäs är att intern samordning finns i enskilda ärenden men att det saknas brukarinflytande på verksamhetsnivå och systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten.

## Nationella kvalitetsjämförelser

KKiK (Kommunens Kvalitet i Korthet) sammanställs av SKR och syftar till att ge ett övergripande perspektiv över kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. I september 2021 deltog 162 kommuner i projektet där Sotenäs var en av dessa. Inom området Stöd och omsorg redovisas flera delar som jämförs över tid och mellan de deltagande kommunerna. De flesta av indikatorerna som tas upp i sammanställningen ligger stabilt över tid. Sotenäs kommun visar återigen på kort väntetid i handläggning av ärenden, där väntetid mellan ansökan vid nybesök till beslut om försörjningsstöd ligger bland de kortaste i landet; två dagar. Personalkontinuiteten (antal personal som en brukare möter under 14 dagar) är fortsatt låg med 21 olika besökande personal hos en brukare under 14 dagar. En positiv förändring uppvisas i daglig verksamhet inom LSS, där upplevelsen av delaktighet har ökat från 73 % (2020) till 94 % (2021).

## 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

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





## MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Områden för fortsatt utveckling av tvärprofessionella teamträffar och fortsatt arbete med verksamhetssystemet för avvikelshantering som kommer bli en del av teamträffen tillsammans med senior alert. På omsorgssidan finns ett fortsatt behov av utbildning i Combine och att förbättra användningen av den modul som administrerar genomförandeplaner.

**Mål:** Att öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, målet är 100%.

**Strategi:** Under våren kommer verksamheterna använda svensk förening för vårdhygiens checklista för att identifiera områden för förbättring inom sin egen verksamhet och utifrån dessa skriva en handlingsplan.

**Egenkontroll:** Genom PPM-BHK\* under vår och höst.

*\*punktprevalensmätning av medarbetares följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler*

**Mål:** Att öka följsamheten till rutin för dokumentation i verksamhetssystemet Combine

**Strategi:** Utbildningstillfälle för legitimerad personal under våren. Individuellt stöd från superanvändare vid behov under året.

**Kollegial granskning** av patientjournal minst 1 ggr under 2022.