

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet
2017-03-01

Inger Andersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Gisela Beckman, Verksamhetschef HSL

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Uppföljning genom egenkontroll samt resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

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

Sammanfattning

Under året har arbetet pågått med de fem områden som är prioriterat utifrån handlingsplanen sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

I det preventiva arbetet har det varit en pågående utveckling av riskbedömningar med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Riskbedömningar görs för fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Vid risk görs en åtgärdsplan och en uppföljning planeras. Under 2016 har antalet riskbedömningar ökat. Införandet av kvalitetssäkring av blåsdysfunktion med stöd av senior alert har påbörjats i mindre skala.

Inom det preventiva arbetet har deltagande skett i ett projekt tillsammans med Högskolan i Kristianstad, Region Skåne samt de övriga kommunerna i nordost. I detta projekt ska det läggas en grund för att implementera en modell för förebyggande hembesök som ska kunna följas upp.

Inom god vård vid livets slut har under året resultatet följts från palliativt registret och arbetet pågått med att bibehålla de goda resultat som uppnåddes 2015 inom bla smärtskattning, munhälsa samt brytpunktsamtal.

Inom god demensvård har arbetet fortsatt med att implementera personcentrerad vård med stöd av BPSD-registret, som ett standardiserat arbetssätt. Utbildning Noll vision, en webbutbildning för demensvård utan tvång och begränsningar genomfördes av demensombuden på de särskilda boendena.

Inom god läkemedelsbehandling har kommunen fortsatt samverka med patientens läkare genom att ta fram underlag så att en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång kan ske.

En satsning för att öka kunskapen hos personalen gällande psykisk hälsa påbörjades. 3 medarbetare inom Stöd och omsorg har gått en utbildning till instruktörer inom Första hjälpen till psykisk hälsa. Uppdraget framöver är en planering för utbildning till övriga medarbetare.

Inom området Vårdhygien har hygienrund genomförts på ett särskilt boende.

Egenkontroller som har följts upp och analyserats är bla punkt prevalensmätning gällande basala hygienrutiner och fall/trycksår, journalgranskning, Senior alert, Palliativa registret och avvikelser.

Under 2016 påbörjades användningen av checklista för det systematiska förbättringsarbetet för var enhet. Uppföljning sker på analysmöte 3 ggr/år. Ingår som en del i egenkontrollen.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient/brukare ska känna sig trygga och säkra i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet. Patientlagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, kommunstyrelsen. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschef enligt § 29 HSL har ansvar för att leda, samordna, utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet. Ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetsförordningen.

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Att delegeringar är förenliga med säkerheten för patienten.
- Att göra anmälningar om en patient i samband med vård eller behandling pga. brister riskerats eller utsatts för allvarlig skada enligt Lex Maria. Rutiner för läkemedelshantering, läkarkontakt, journalhantering.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Respektive enhetschef ansvarar för att dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som beslutas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- Utredningar av avvikelser och ev. Lex Maria.
- Nationella kvalitetsregister som exempelvis Senior alert, Palliativ registret och BPSD ger möjlighet att följa det kvalitetsarbete som utförs. Statistik följs upp och utvärderas. Dels på enhetsnivå, samt i Stöd och omsorgs ledningsgrupp 3 gånger/år. En gång per år görs en sammanställning och redovisas för kommunstyrelsen.
- Öppna jämförelser och brukarundersökningar.
- Uppföljningar görs under året så att förbättringsarbete enligt mål i patientsäkerhetsberättelsen för innevarande år pågår.
- Uppföljningar av dokumentation via journalgranskningar 4 gånger/år

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Fortsatt arbete med dokumentation/vårdplaner har pågått inom hälso- och sjukvården. Implementering av en delegeringsmodul är genomförd. Detta har lett till en patient säkrare dokumentation och säkrare hantering av delegeringarna.
- Hygienronder fortsatte under 2016. Det genomfördes på ett särskilt boende av hygiensjuksköterskor från Vårdhygien, Region Skåne. Ett led i att säkerställa smittorisken utifrån de förutsättningar som finns. Utifrån protokollet görs en handlingsplan på åtgärder och dessa följs upp under 2017.
- Under året har arbetet med att utveckla ledningsteamerna på respektive område/boende pågått. Syftet är att stärka samarbetet mellan legitimerad personal och enhetschef genom att skapa en

bas där ledningsfrågor gällande aktuell verksamhet diskuteras och hanteras. Detta ska leda till en ökad kvalitet genom att ledningsteamet identifierar förbättringsområde utifrån resultat och analyser och åtgärdar genom olika förbättringsarbeten.

- Ett utvecklingsarbete med syfte att kvalitetssäkra sårvården har genomförts. Samtliga sjuksköterskor har gått utbildning med en extern konsult för att få fördjupad kunskap om läkning av sår samt det senaste inom förbandsmaterial. Tre sjuksköterskor har varit iväg på kvalitetsregistret Rikssårs användardagar i syfte att inhämta kunskap att kunna vidareutveckla arbetet med att kvalitetssäkra omhändertagandet av svårläkta sår.
- Uppdraget att förskriva antidecubitusmadrasser har under året förts över från arbetsterapeuterna till sjuksköterskorna. Syftet är att ge sjuksköterskorna ytterligare ett redskap att använda sig av vid förebyggande av trycksår samt sårläkning.
- 5 sjuksköterskor har genomgått och slutfört uppdragsutbildningen Sjukdomslära och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Detta är ett steg i kvalitetsutvecklingen gällande förskrivning av inkontinenshjälpmedel.
- Ett nytt material och flödesschema som används vid förnyad delegering vid läkemedelsöverlämning har tagits fram. Syftet är att säkerställa att omvårdnadspersonalen har rätt kunskap och kompetens inför delegering och därmed säkra läkemedelshandlingen till patient.
- Utbildning i riskanalys har genomförts.
- Inom rehab har arbetet pågått med att implementera beslutsstödsvars syfte är att främja ett enhetligt och strukturerat arbetssätt med likvärdiga bedömningar, där patienten blir delaktig på ett tydligt sätt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patienten vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Nytt avtal 160901

-
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
 - Riktlinjer för samordnad vårdplanering(SVPL)
 - Riktlinjer för uppsökande tandvård.
 - Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB.
 - Ledningskraft Bromölla kommun tillsammans med vårdcentralen och Centralsjukhuset.
 - Samverkan mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne kring läkemedel finns förankrat.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys ska göras på uppdrag om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada eller risk för skada gällande patientsäkerheten. Genom patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett på vikten av förebyggande arbete och inte enbart händelseanalys av redan uppkomna fel. En (1) riskanalys gjordes utifrån patientsäkerhet till följd av brist på rehabpersonal under sommaren.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Det finns en utarbetad rutin och sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar enhetschefen inom respektive verksamhet för. Ledningssystemet innehåller rutiner för anmälan till myndighet när en anmälan enligt gällande författningar ska göras. t.ex. Lex Maria, Lex Sarah anmälan. Övervägande delen av rapporterade risker och händelser är läkemedelshantering och fall. Tre (3) händelseanalyser har gjorts. Ingen anmälning har lämnats till Läke- medelsverket gällande tillbud med medicinskt teknisk produkt.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 §

Det finns en allmän synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutin är att inkomna klagomål, synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från patientnämnden och Socialstyrelsen hanteras av verksamhetschef respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa registreras, diarieförs och bevaras. Två (2) ärende hade inkommit under 2016 till patientnämnden. Ett (1) ärende med klagomål på vården har inkommit till IVO under året. Ett (1) klagomål/synpunkt från närstående ledde till en Lex Maria anmälan

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Se ovan

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Centralt sker samverkan med handikapporganisationen samt pensionärsorganisationen. På enhetsnivå sker anhörigmöten regelbundet. Vid inflyttning till särskilt boende eller korttidsboende genomförs gemensamma möten med patient och/eller närstående. Målet är att patienten och/eller dennes närstående ska vara delaktiga dagligen i frågor som berör patientens vård och omsorg och få den information som behövs. Närstående erbjuds vara delaktiga i vårdplanering och/eller när samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Skriftlig information om kommunens hälso- och sjukvård, synpunktshantering, anhörigstöd mm finns att läsa på kommunens hemsida.

Uppföljning genom egenkontroll samt resultat

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

Avvikelse/klagomål/synpunkter registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin för **avvikelse hantering**. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Ett sätt att identifiera händelser som har orsakat eller riskerar att orsaka vårdskador.

Journalgranskning ska leda till att förbättringsområden kan identifieras och utgöra grund för fortsatt kvalitetsutveckling inom hemsjukvården. Utförs fyra gånger/år enligt rutin

Förebyggande underhåll av hjälpmedel.

Munhälsobedömningar erbjuds genom avtal med Oral care. **Statistik över munhälsan** delges verksamheterna årligen som ett led i förbättringsarbete.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen har genomförts av en extern farmaceut. Åtgärdsplaner på de granskade enheterna har gjorts på framkomna förbättringsåtgärder för att säkra en god läkemedelshandling.

Kvalitetsgranskning utförs årligen på **läkemedelsförrådet** som tillhör Regionens basförråd.

Närförråden på respektive särskilt boende för läkemedel tillsynas 1 g/år

Punktprevalensmätning gällande förekomst av fall/trycksår har genomförts. Mätningen sammanställs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Resultat följs årligen och ligger till grund till förbättrings

arbete. Även punktprevalensmätningar gällandeföljsamhet till basala hygienrutiner har genomförts.

Logg kontroller genomförs kontinuerligt en gång i månaden i journal-systemet Treserva.

Under året har två **revisioner** genomförts. Den ena var en granskning av samverkan mellan Bromölla kommun och Region Skåne gällande utskrivningsklara patienter. Samt en granskning av rutiner kring Lex Maria och Lex Sarah.

Nattfastemätning har skett 2ggr under året

Checklistan för det systematiska förbättringsarbetet har analyserats i analysmöte 3ggr under året.

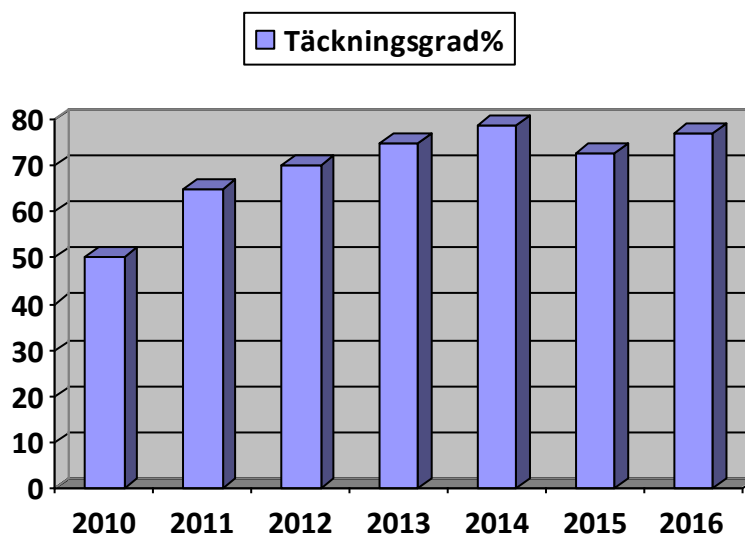
Nationella register

Palliativa registret

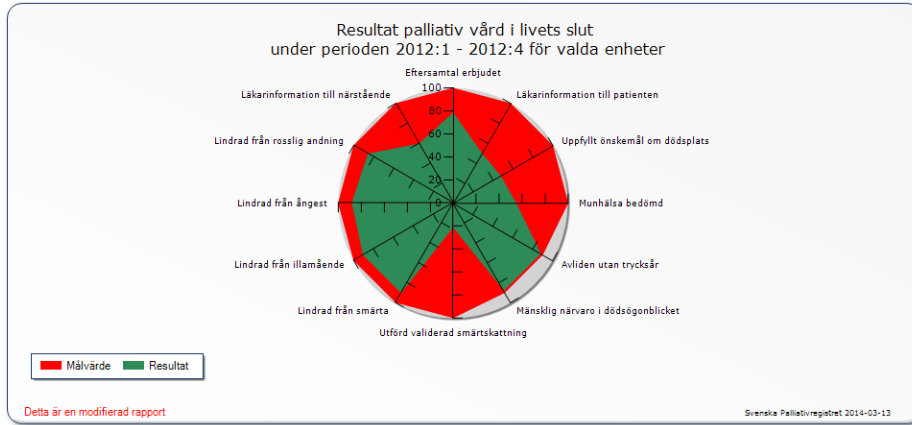
Det pågår ett strukturerat arbete för att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultat.

Under 2016 var målet fortsatt satsning på de olika kvalitetsindikatorerna med fokus på att bibehålla och använda sig av det goda resultat som uppnåddes 2015. Kvalitetsindikatorerna för lindrad från smärta och rosslig andning ökade medan övriga kvalitetsindikatorer minskade något. Palliativ registrets resultat gäller för personer som är folkbokförda i Bromölla kommun och oavsett vem som skött vården.(kommun, landsting).

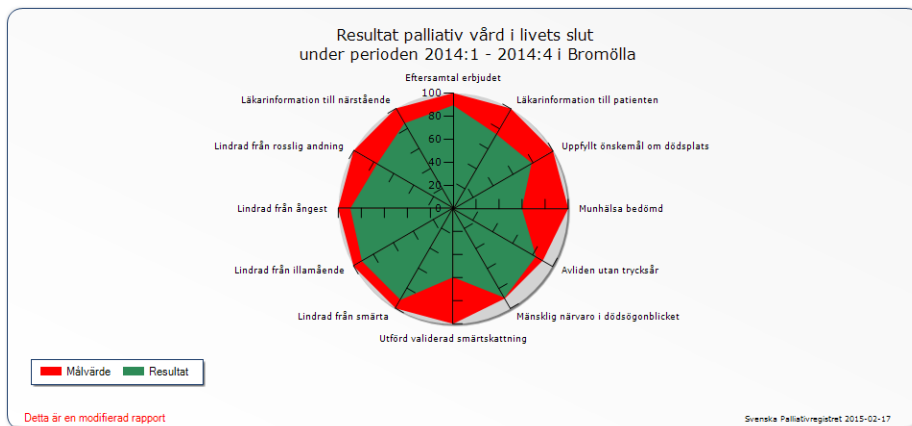
Nedanstående tabell visar **täckningsgrad av registrerade dödsfall i procent oavsett driftsform (kommun, region)**. Det nationella täckningsgradsmålet är 90 % och kommunens täckningsgrad blev 2016,77 % (2015 -72,6).



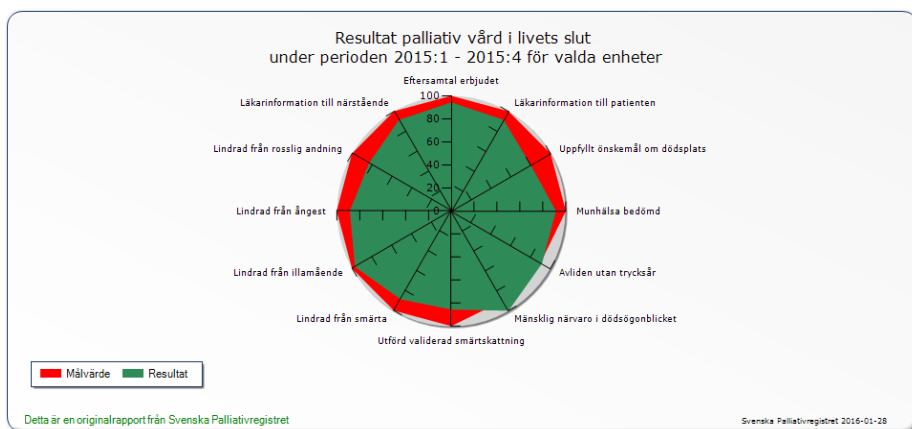
De olika kvalitetsindikatorerna som följs i palliativ registret presenteras nedan med start år 2012. Resultaten från start har ökat markant. Mål är enligt palliativ registret 90-100 % inom de olika indikatorerna.



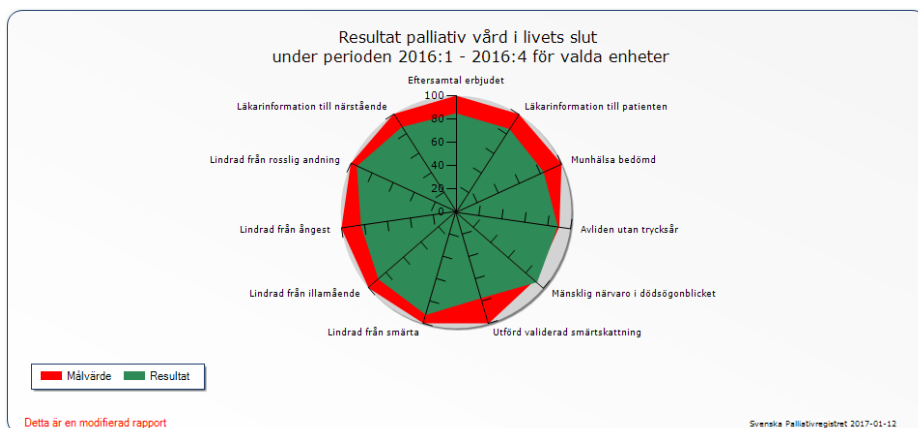
Antal vårdade patienter: 42 st



Antal vårdade patienter: 53 st.



Antal vårdade patienter: 35 st



Antalet vårdade patienter: 53

- Indikatorn lindrad från smärta(92,5 %) och rosslig andning(94,3%) har ökat 2016 jämfört med i fjol. Övriga indikatorer har minskat något, vilken är en förbättringsåtgärd för 2017.

Preventivt arbetssätt

I det förebyggande arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior alert sen 2010. Riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring. Riskbedömningar för munhälsa startade 2014 och utbildningar för status på munhälsa genomfördes. Arbetet med riskbedömningar har en fortsatt positiv utveckling.

På enheternas tematräffar har en struktur byggts upp där genomgång av gjorda riskbedömningar och därpå ev. åtgärder samt uppföljningar ingår. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheterna.

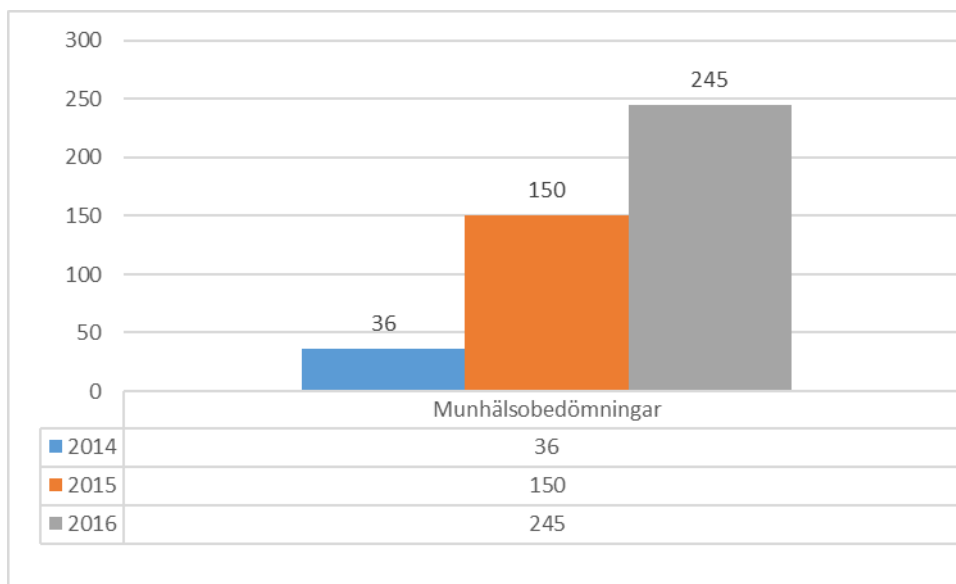
Nedan tabell visar **vårdprevention för alla riskområden**, fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

			Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
Tidsperiod	Riskbedömningar	varav risk	... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts *	
			N	%	N	%	N	%
2012	177	173	34	19,7	47	27,2	18	10,4
2013	107	101	93	92,1	98	97,0	0	0,0
2014	61	58	36	62,1	40	69,0	7	12,1
2015	160	153	101	66,0	108	70,6	53	34
2016	254	215	162	75,3	169	78,6	99	46,0

* För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning.

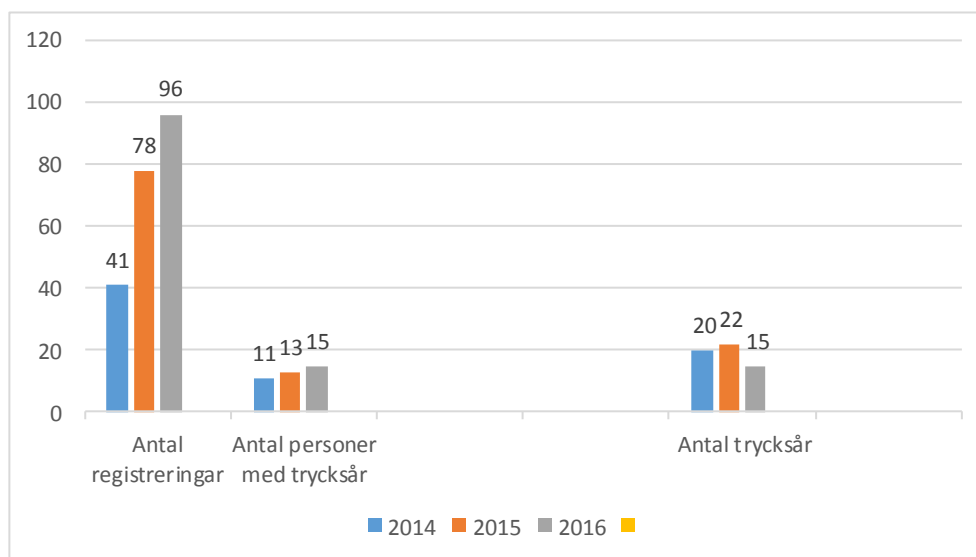
Riskbedömningar Munhälsa – Senior alert

Startade under 2014 och är under utveckling. Munhälsa har stor betydelse för nutritionsintaget. Bedömningar av status på munhälsa är förenat med integritet och kräver därav en kunskap och teknik. Totalt gjordes under 2016 **245** st. riskbedömningar, 2015 **150** st. 2014 **36** st. Fördelat på särskilda boende och i ordinärt boende. Talar för en fortsatt god utveckling.



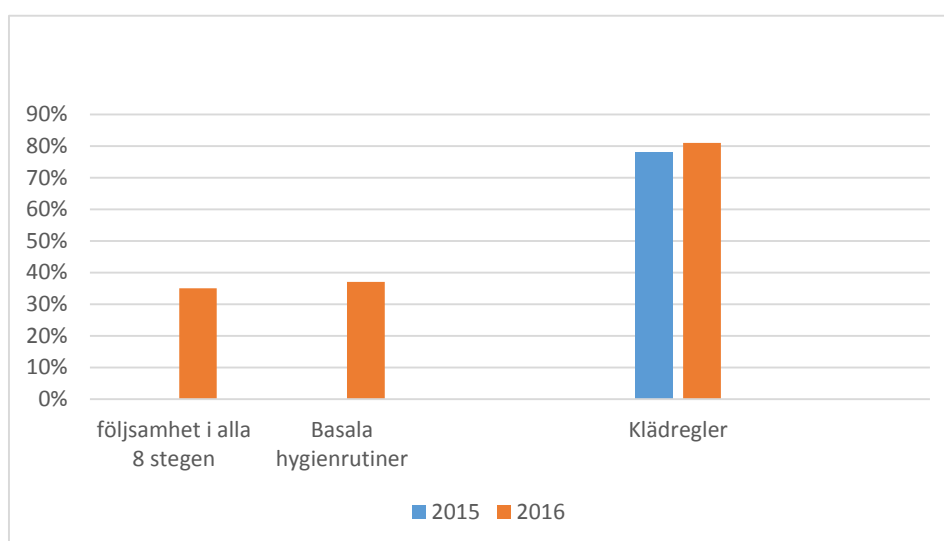
Punktprevalensmätning Trycksår

Kommunen deltog för första gången i nationell mätning avseende trycksår 2014. Det gjordes **41** registreringar fördelat på 3 av kommunens särskilda boende. 2015 gjordes **78** registreringar fördelat på alla kommunens boende. 2016 gjordes **96** registreringar. Vid varje mätning finns det trycksår registrerade men övervägande delen trycksår tillhör den lägsta kategorin sår. Mäts i kategorin 1-4. Från de lättare skadorna som rodnad i huden till mer djupare sår. Mätningen ingår i egenkontrollen och upprepas varje år.



Punkprevalensmätning basala hygienrutiner

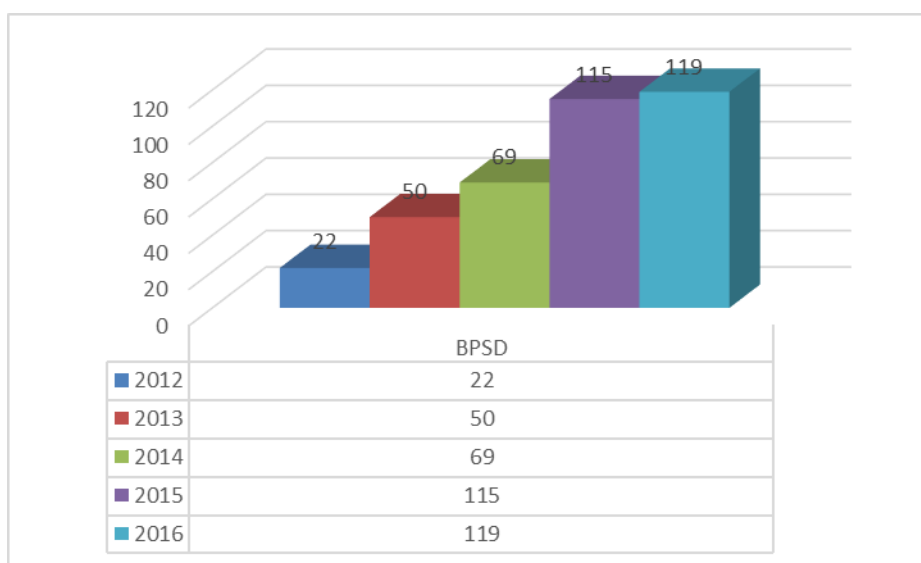
Observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ingår i egenkontrollen på kommunens särskilda boende årligen sen 2014. Det gjordes 43 observationer, vilket var en ökning mot fjolårets. Följsamhet i alla 8 stegen var 35 %, basala hygienrutiner 37 % och följsamhet till klädregler var 78 %. Förbättrings arbete sker utifrån varje enhets enskilda resultat. Följsamhet till basala hygienrutiner är ett förbättringsområde 2017.



Demensvård

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) har fortsatt utvecklats. 2016 gjordes **119 st**.

Demenssjuksköterskan har följt BPSD skattningar, både frekvens och resultat under året och redovisat på olika ledningsnivåer. Genom att identifiera och skatta patientens beteendemässiga och psykiska symtom vid demens med hjälp av ett skattningsinstrument och sätta in åtgärder kan man därefter följa resultatet av de åtgärder som sätts in. Analysen visar i de enskilda fallen att ett personcentrerat förhållningssätt ger ökad livskvalitet för den enskilde. Under 2016 har demenssjuksköterskan fortsatt utbilda administratörer, på alla särskilda boende samt haft träffar med BPSD administratörer på var enhet för att arbetet ska framåtskrida. Registreringar har även börjat användas på korttidsboende samt vid växelvård.

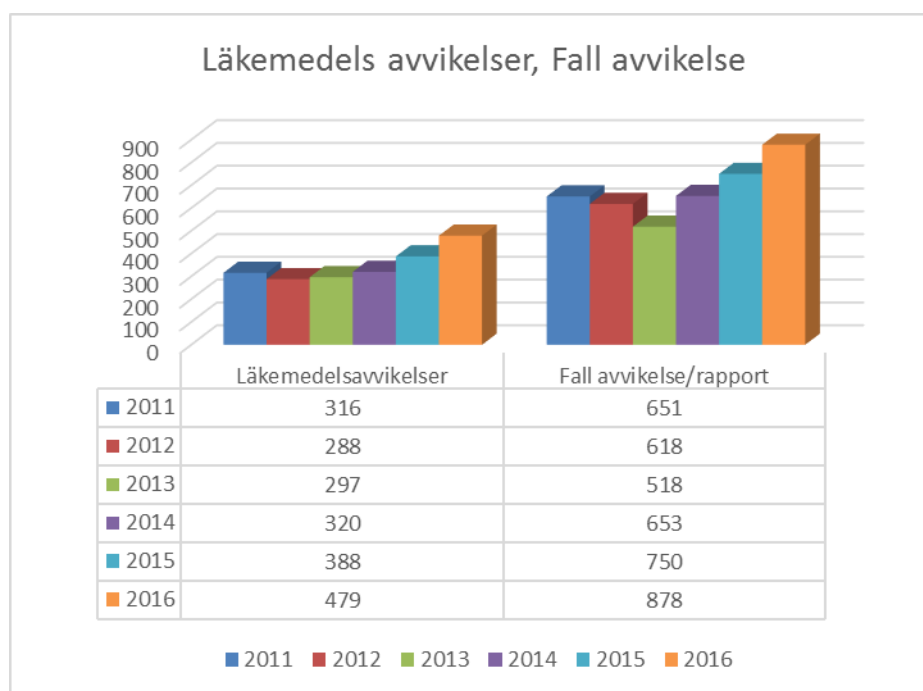


Läkemedelsgenomgångar

Samverkan med vårdcentralen vid läkemedelsgenomgångar har skett genom att symtomskattning inför tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar(Phase 20) utförs av sjuksköterskan i kommunen. Symtomskattningen används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling t.ex. biverkningar och interaktionseffekter. Antalet symtom skattning som överlämnas till läkaren på vårdcentralen registreras i verksamhetssystemet Treserva. Under 2016 fanns det 11 st registrerade.

Avvikelser

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Fördelning av läkemedelsavvikelser och fallrapporter beskrivs i tabellen nedan.



Läkemedelsavvikelse har ökat. Bakomliggande orsaker behöver analyseras närmare i det fortsatta systematiska förbättringsarbetet. Analys av avvikelser, orsaker och åtgärder ska ske regelbundet på var enhet.

Fallrapporter inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, urkasning från stol eller dylikt. Vad avser skador finns 8 st. rapporterade, varav två st. fraktur Detta kan vara en underreportering i avvikelssystemet. Fallprevention är ett område som ständigt bör kvalitetssäkras. Även här behöver bakomliggande orsaker analyseras närmare.

Övrig avvikelser inom hälso- och sjukvården är felaktig behandling 13 st, utebliven behandling 20 st. bemötande 4 st. Externa avvikelser 20 st.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Inom området sammanhållen vård och omsorg är fokus på att genomföra SIP (sammanhållen vård och omsorg) enligt utarbetad rutin. Dokumentera dessa i Mina planer (IT verktyg) varvid de blir tillgängliga för alla vårdaktörer. Handlingsplan ska utformas och tidsplan för implementering är 31/10. Samverkan med primärvården i införandet enligt utvecklingsplan i hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Inom området Vårdhygien öka följsamheten till basala hygienrutiner Omvårdnads ansvarig sjuksköterska ska genomföra utbildning i basala hygienrutiner en gång per termin till medarbetarna på enheten.
- Implementera kvalitetssäkring vid blåsdysfunktion med stöd av senior alert. Handlingsplan ska utformas och tidsplanen för implementering är 31/10.
- Inhämta kunskap om nationell handlingsplan för palliativ vård för ev. införande.
- Kvalitetssäkra personcentrerad vård och ett gott bemötande till personer med kognitiv svikt genom att fortsätta implementera BPSD registret i alla verksamheter. Mål att det alltid ska finnas utbildade administratörer på alla enheter.
- Fortsätta vara behjälplig vid tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar enligt rutin i samverkan med primärvården.
- Genomföra utbildning i psykisk hälsa för medarbetare i stöd och omsorg enligt plan, som är gjord av instruktörerna.
- Det preventiva arbetet med riskbedömningar och åtgärder på de risker som framkommer fortsätter. Öka registreringarna i Senior Alert under året både på särskilt boende och i ordinärt boende. Belysa chefernas ansvar att använda resultaten som ett led i förbättringsarbetet ute på respektive enhet.

-
- Inom palliativ vård bibehålla och kvalitetssäkra vården genom att följa kvalitetsindikatorerna i palliativa registret. Följa resultat via statistik regelbundet samt vända de kvalitetsindikatorerna som var nedåtgående i fjol
 - Inom rehab fortsätter implementeringen av beslutsstöd med att kvalitetssäkra ärendeingången samt anpassa journalen.
 - Kollegial journalgranskning skall genomföras fyra gånger/år enligt fastställd rutin.
 - Utbilda omvårdnadspersonalen i manuell förflyttningsteknik.
 - Utbildning i munvård för alla medarbetare via företaget Oral Care. Med syfte att skapa förutsättningar för en bättre munhälsa hos den enskilde patienten.
 - Analys av bakomliggande orsaker till ökade fallrapporter och läkemedelsavvikelser.